



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

216/28 - Un nódulo inguinal con aumento cíclico de dolor

R. Herzog Verrey^a, S. Joleini Joleini^b, T. Fernández Rodríguez^b, A. Segura Grau^c, I. Salcedo Joven^d y A. Fernández Rodríguez^e

^aMédico de Familia Unidad de Ecografía. Hospital San Francisco de Asís. Madrid. ^bMédico de Familia. SAR Mejorada del Campo. Madrid. ^cMédico de Familia. Hospital San Francisco de Asís. Centro Diagnóstico Ecográfico. Madrid. ^dMédico de Familia. CS Estrecho de Corea. Madrid. ^eMédico de Familia. SAR de Rascafría. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años, nulípara, que presenta dolor en región pélvica derecha, que aumenta durante el periodo de menstruación desde hace 8 años. Hace un año estuvo prácticamente asintomática durante 9 meses por bloqueo hormonal al tratar quiste endometriósico ovárico. Operada hace 15 años de quiste endometriósico en ovario derecho y hace 4 meses en el ovario izquierdo, así como de implante en pared rectal y miomas que comprimían el plexo sacro. Le hicieron PAAF no ecoguiada hace 3 meses del nódulo inguinal, sin detectar lesión. Tampoco se vio en eco privada ni en RMN, la cual dirigía los cortes a pelvis menor.

Exploración y pruebas complementarias: Leve tumefacción al palpar cara superior de pubis derecho. Se hace ecografía con sonda lineal y se detecta un canal de Nuck permeable y en su interior una lesión nodular hipoeocogénica de unos $23 \times 6 \times 14$ mm. La cirujana solicita TAC, que confirma lesión nodular adherida a plano profundo, indeterminada en TAC, pero compatible con endometrioma en contexto clínico. A día de hoy está pendiente de cirugía.

Juicio clínico: Nódulo en conducto de Nuck compatible con endometrioma.

Diagnóstico diferencial: Hernia inguinal, adenopatías, quiste de Nuck y en el caso de masas sólidas habría que contemplar la posibilidad de sarcoma estromal endometrial, carcinoma de células claras originado desde implante endometriósico o metastásicos desde tumores de región pélvica o retroperitoneal.

Comentario final: Para la realización de una buena ecografía hay que tener una buena orientación clínica, tomarse tiempo y afinar la exploración ecográfica, porque sacándole su partido puede ser una herramienta sensible en el diagnóstico de masas en diversas localizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albutt K, Glass C2, Odom S3, Gupta A3. Endometriosis within a left-sided inguinal hernia sac. *J Surg Case Rep.* 2014(5).
2. Apostolidis S, Michalopoulos A, Papavramidis TS, Papadopoulos VN, Paramythiotis D, Harlaftis N. Inguinal endometriosis: three cases and literature review. *South Med J.* 2009;102:206-7.

3. Sun ZJ, Zhu L, Lang JH. A rare extrapelvic endometriosis: inguinal endometriosis. *J Reprod Med*. 2010;55:62-6.
4. Ahn GH, Scully RE. Clear cell carcinoma of the inguinal region arising from endometriosis. *Cancer*. 1991;67:116-20.
5. Sato K, Ueda Y, Sugaya J, Ozaki M, Hisaoka M, Katsuda S. Extrauterine endometrial stromal sarcoma with JAZF1/JAZ1 fusion confirmed by RT-PCR and interphase FISHpresenting as an inguinal tumor. *Virchows Arch*. 2007;450:349-53.
6. Yang DM, Kim HC, Ryu JK, Lim JW, Kim GY. Sonographic findings of inguinal endometriosis. *J Ultrasound Med*. 2010;29:105-10.
7. Silberman EA, Quildrian SD, Vigovich FA, Porto EA. Endometriosis del ligamento redondo inguinal. *Cir Esp*. 2011;89:469-70.
8. Hagiwara Y, Hatori M, Moriya T, Terada Y, Yaegashi N, Ehara S. Inguinal endometriosis attaching to the round ligament. *Australas Radiol*. 2007;5:91-4.
9. Nikiteas N, Patsouras D, Kykalos S, Voutsarakis A, Mantas D, Dimitroulis D, Kouraklis G. Endometriosis of the round ligament. Is it really a rare entity? *J Obstet Gynaecol*. 2010;30:417-8.
10. Bianchi A, Espin F, Pulido L, Fantova MJ. Endometriosis del conducto de Nuck. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:757-9.