



## 216/28 - UN NÓDULO INGUINAL CON AUMENTO CÍCLICO DE DOLOR

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

<sup>a</sup>Médico de Familia Unidad de Ecografía. Hospital San Francisco de Asís. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. SAR Mejorada del Campo. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital San Francisco de Asís. Centro Diagnóstico Ecográfico. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Estrecho de Corea. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. SAR de Rascafría. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años, nulípara, que presenta dolor en región púbica 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 hipoecogénica de unos 23 × 6 × 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/JJAZ1 fusion confirmed by RT-PCR and interphase FISH presenting 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.