

Hèrnia escrotal.

A propòsit d'un cas

XXX Jornada Catalana de Diagnòstic prenatal ecogràfic

Dr. Luis Ruiz



Cas clínic

- ♀ 25 anys. Natural del Marroc
- Sense antecedents personals d'interès
- AGO:
 - Menarquia 12 anys. TPAL: 0000. FM: 5/28-30

1r trimestre

AS:

- GSRH: O+
- Coombs indirecte negatiu
- Serologies negatives. Rubèola immune
- PAPP-A: 0.65 MoM

ECO 1:

- TN 1,33mm
- Os nasal visible
- Ductus venós normal
- Morfologia correcta
- IPm AUt 1,62

- Risc T21: 1/30447
- Risc T13 i T18 1/100000
- Risc Pep: 1/452

2n trimestre

AS:

- O'Sullivan: 177
- TTOG normal

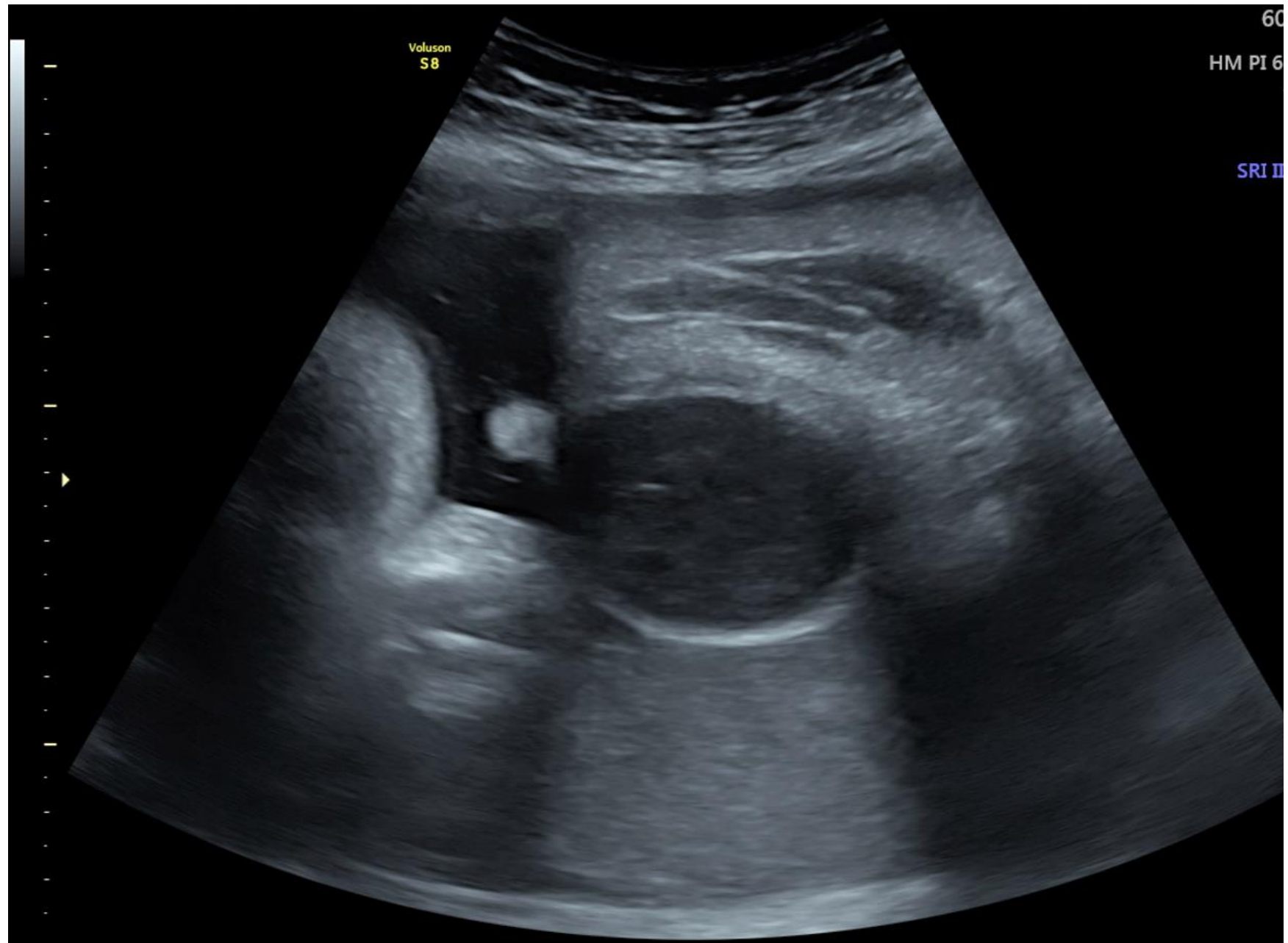
ECO 2:

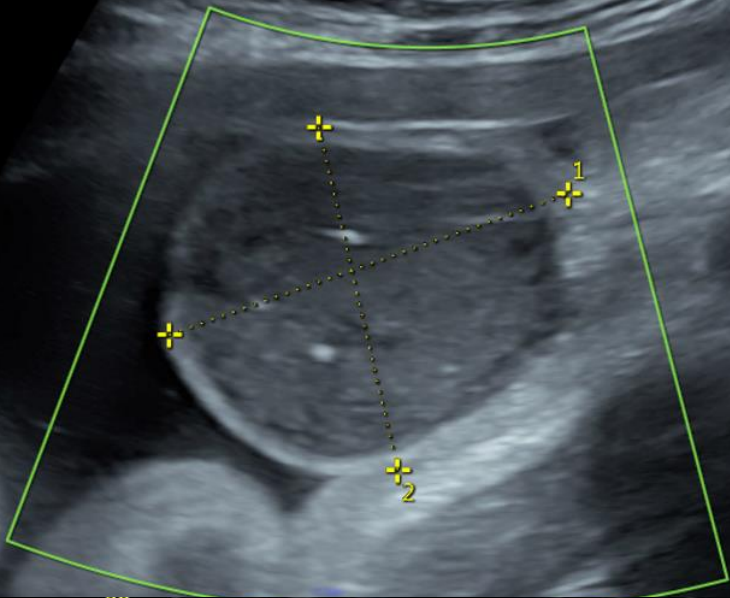
- Sexe masculí
- Sense alteracions



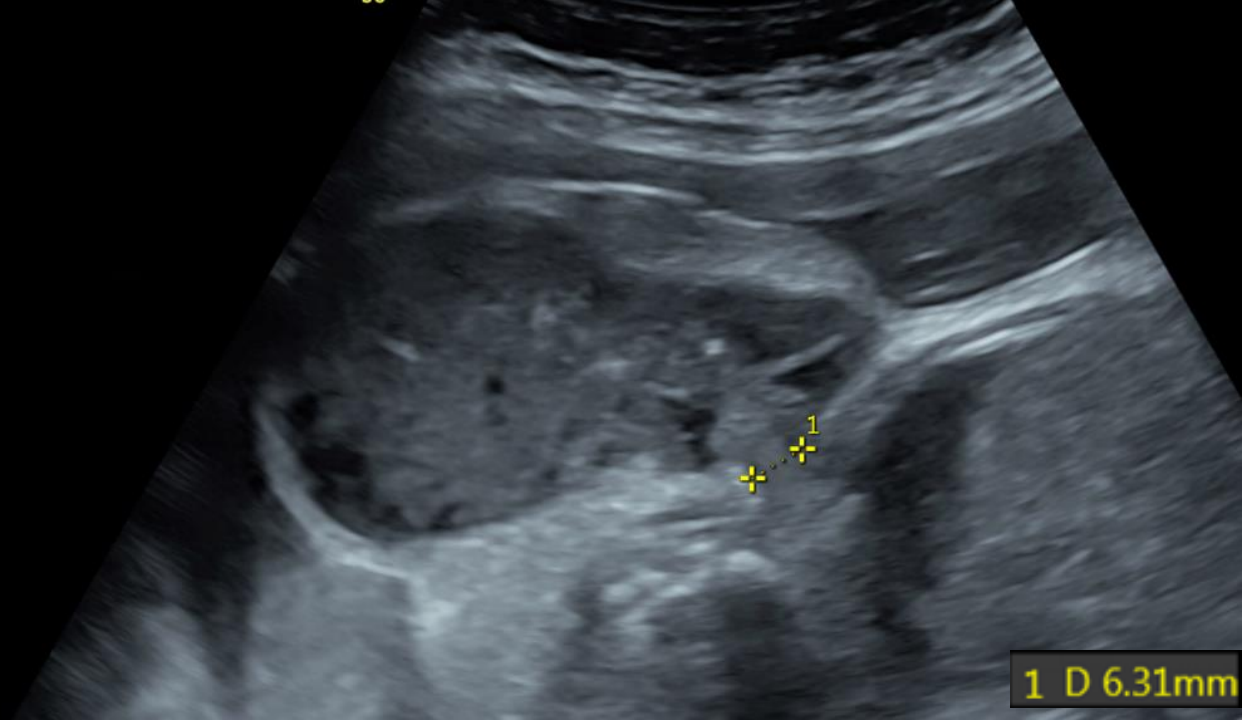
3r Trimestre: 33.1 sg

- Nen viu
- Moviments actius
- PFE 2747g; p100
- LA C màx de 6cm
- IPAU 0.91 (normal)





1 D 48.00mm
2 D 39.88mm



1 D 6.31mm



1 D 4.97mm

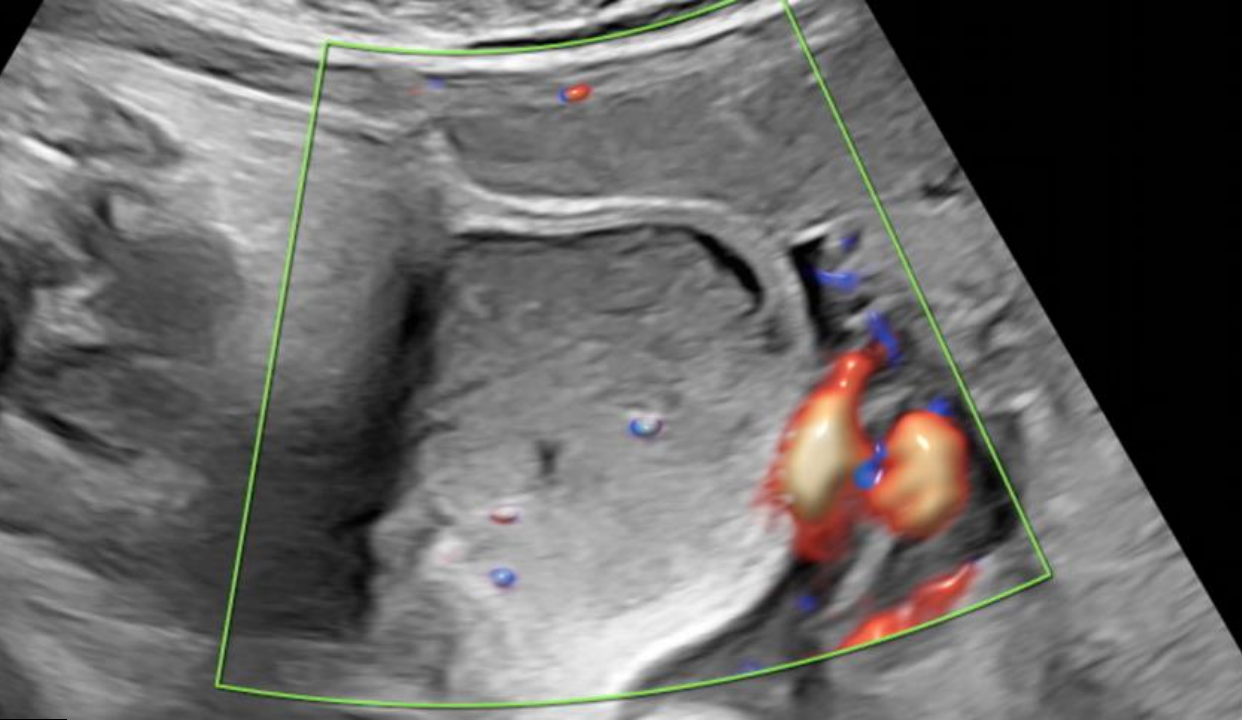
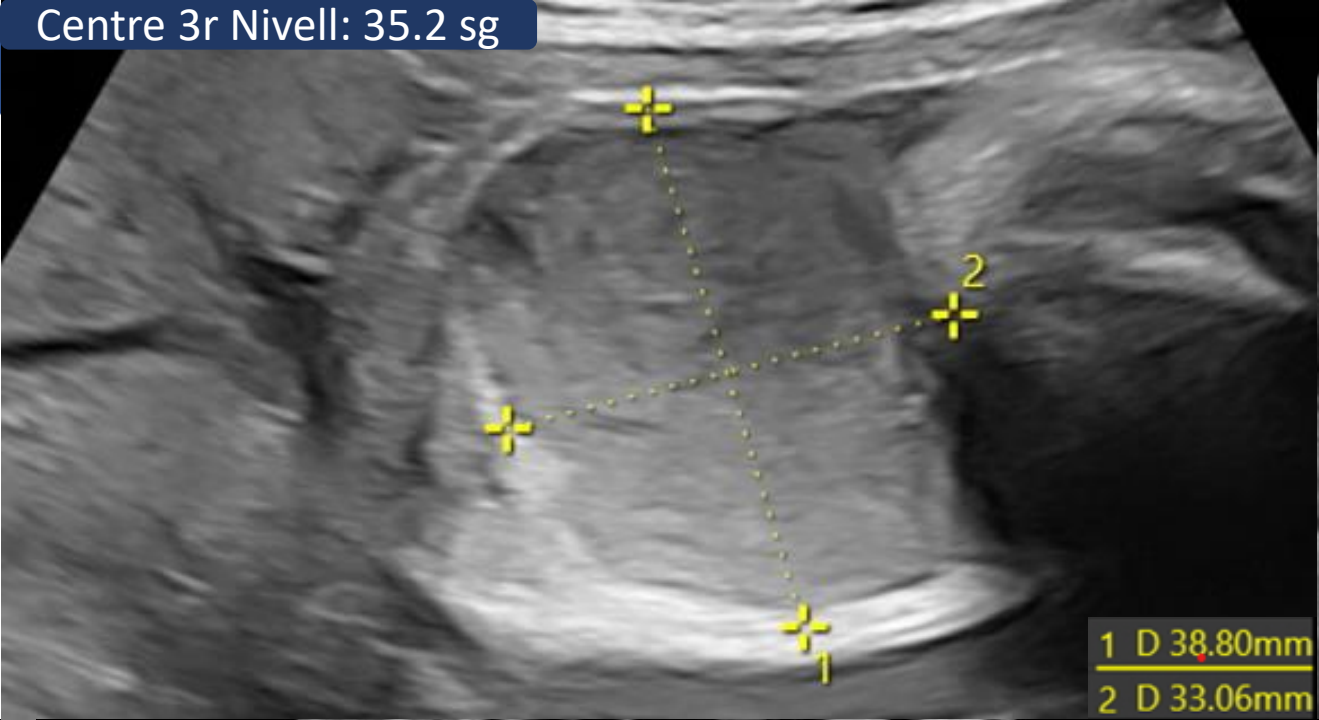
Cas clínic

Hèrnia escrotal no complicada



Derivació a centre de 3r Nivell

Centre 3r Nivell: 35.2 sg



Cas clínic

Comitè de Defectes Congènits

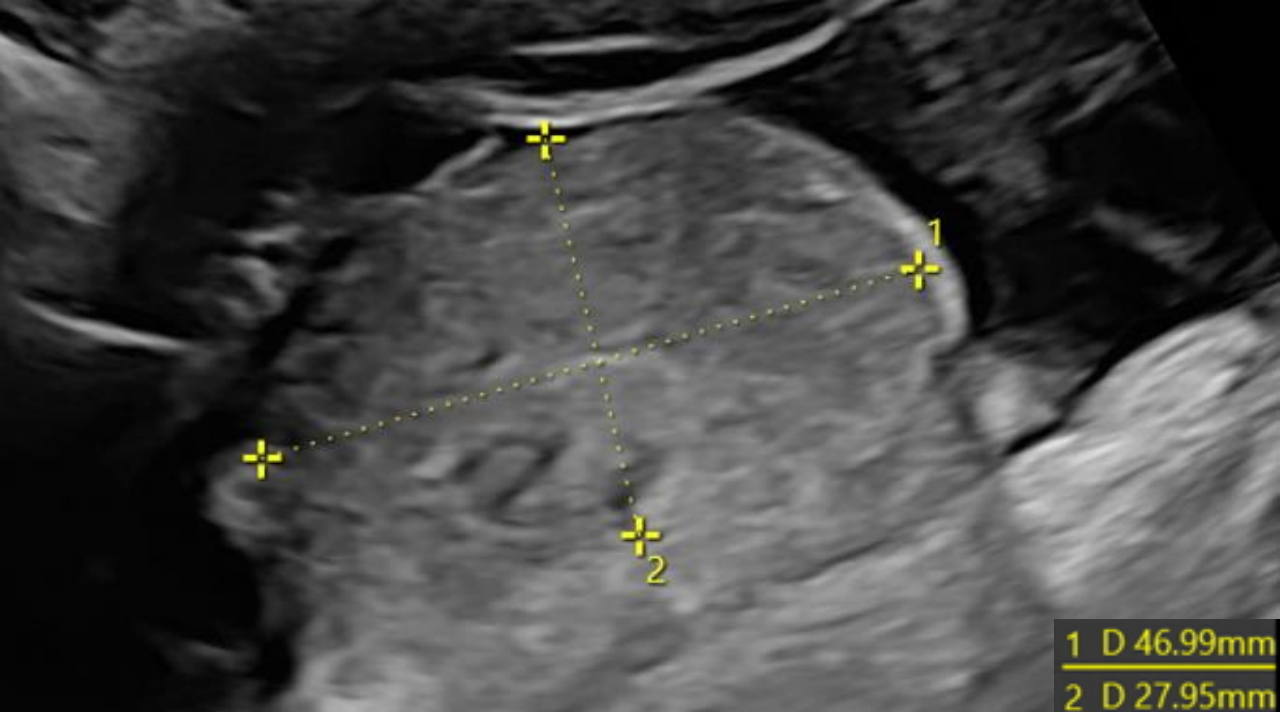
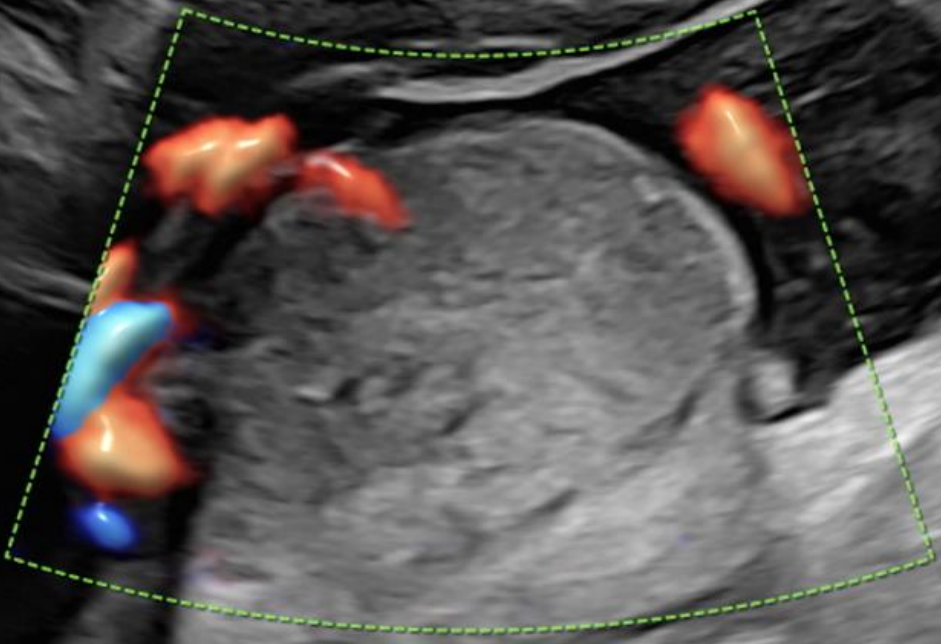
- Persistència de la massa escrotal
- Mínima quantitat de líquid escrotal
- Desaparició ascitis
- No captació Doppler



Orientació diagnòstica:

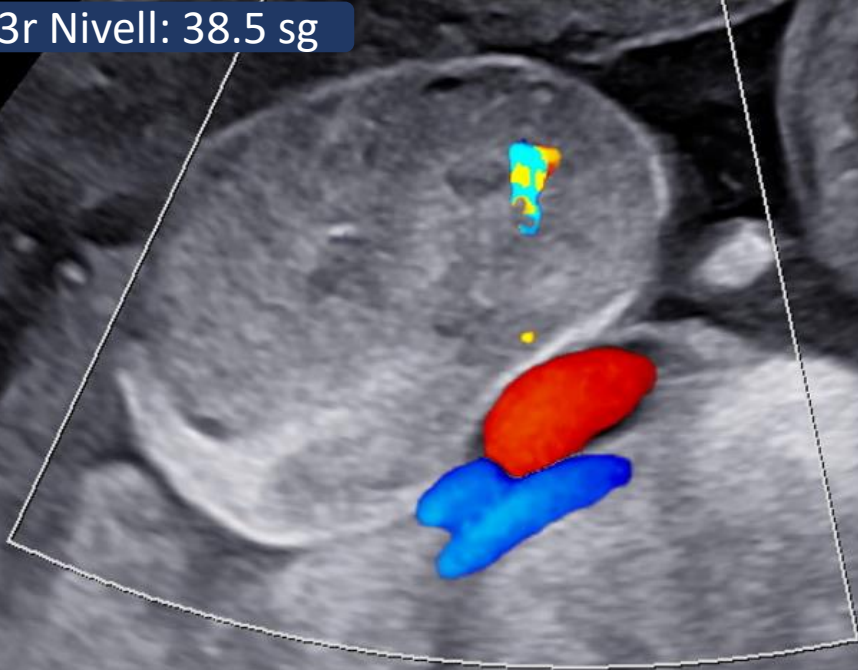
Torsió testicular

Centre 3r Nivell: 37.2 sg



1 D 46.99mm
2 D 27.95mm

Centre 3r Nivell: 38.5 sg



Cas clínic

- 40.0 sg: inducció mèdica del part
- Part vaginal instrumentat amb ventosa obstètrica per SPBF
- Neix nen de 3440g. APGAR 9/10/10. pHa 7.11; pHv 7.24

- Valoració immediata per UCIN:
 - Massa inguinal esquerra tova, no reductible
 - No dolorosa
 - No es palpen testes : criptorquídia bilateral?

Hèrnia escrotal sense signes de patiment agut



Cas clínic

48h postpart:

- Hèrnia dolorosa + vòmits biliosos
- Rx abdomen: lleu distensió intestinal
- Ecografia urgent:
 - Dos testicles a canal inguinal
 - Bossa escrotal esquerra amb component hiperecogènic + petites calcificacions puntiformes
 - Intraabdominal: nanses dilatades + nivells hidroaeris + marc colònic col·lapsat

**Hèrnia escrotal encarcerada de llarga evolució
amb oclusió intestinal**

IQ urgència:

- Laparotomia infraumbilical
- Resecció intestinal: 18cm!
- Anastomosi ileo-ileal termino-terminal



Diagnòstic diferencial

Hèrnia escrotal

- Causa més freqüent de cirurgia en la infància
- 1-5% naixements (9-11% prematurs)
- 60% dret, 25% esquerra, 15% bilateral
- Factors de risc:
 - Augment de pressió intraabdominal abdominal
 - Prematuritat
 - Història familiar
 - Malalties de teixit connectiu
 - Displàsia de maluc
 - Malformacions de paret abdominal
 - Criptorquídia, genitals ambigus o malformacions

Torsió testicular perinatal

- ≈6 de cada 100000 naixements
- 10% de totes les torsions a la infància
- 70% vida intrauterina 34-36sg. (30% vida extrauterina)
- No lateralitat clara (*esquerre**)
- Etiologia desconeguda: reflex cremastèric intens

Diagnòstic diferencial ecogràfic. Hèrnia escrotal

- >26sg
- Sac escrotal regular
- Imatge quística amb contingut hiperecogènic
- Cert component hidrocele
- Nanses intestinals: tubulars, massa sòlida, hiperrefirngència, microquisitic sense ecos
- Desplaçament perifèric del testicle sa
- Desplaçament envà intertesticular



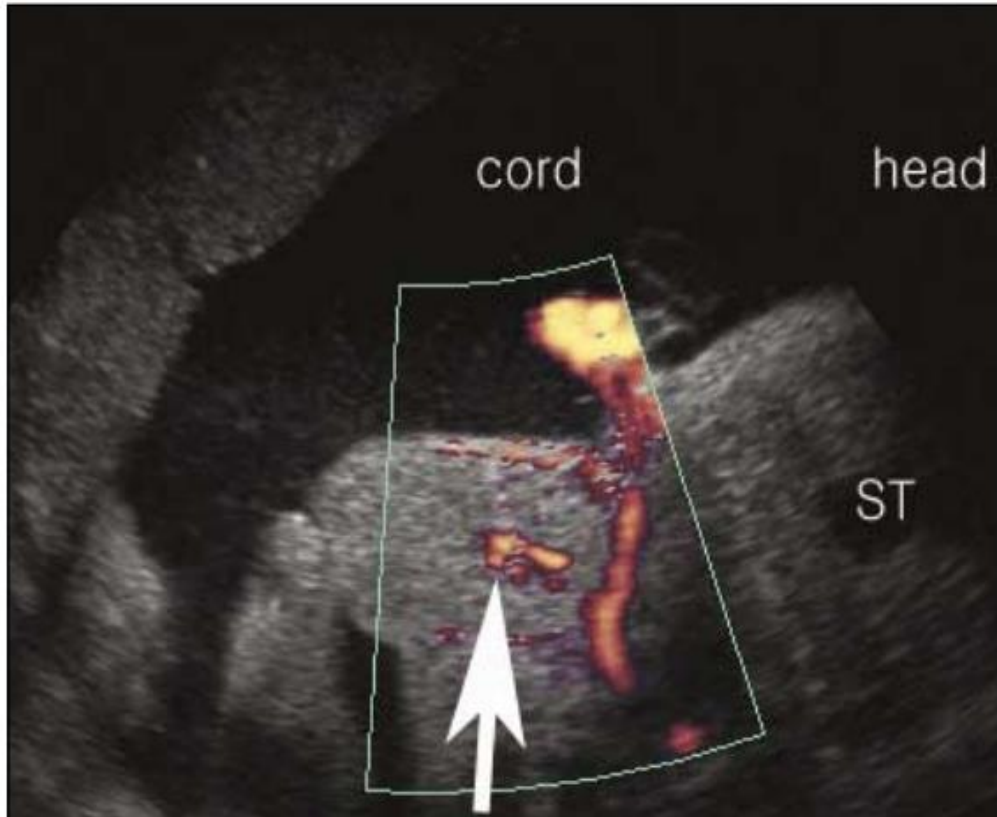
Peristaltisme és patognomònic

1- Woodward PJ, Kennedy A, Sohaey R. Diagnostic Imaging: Obstetrics. 3a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2016.

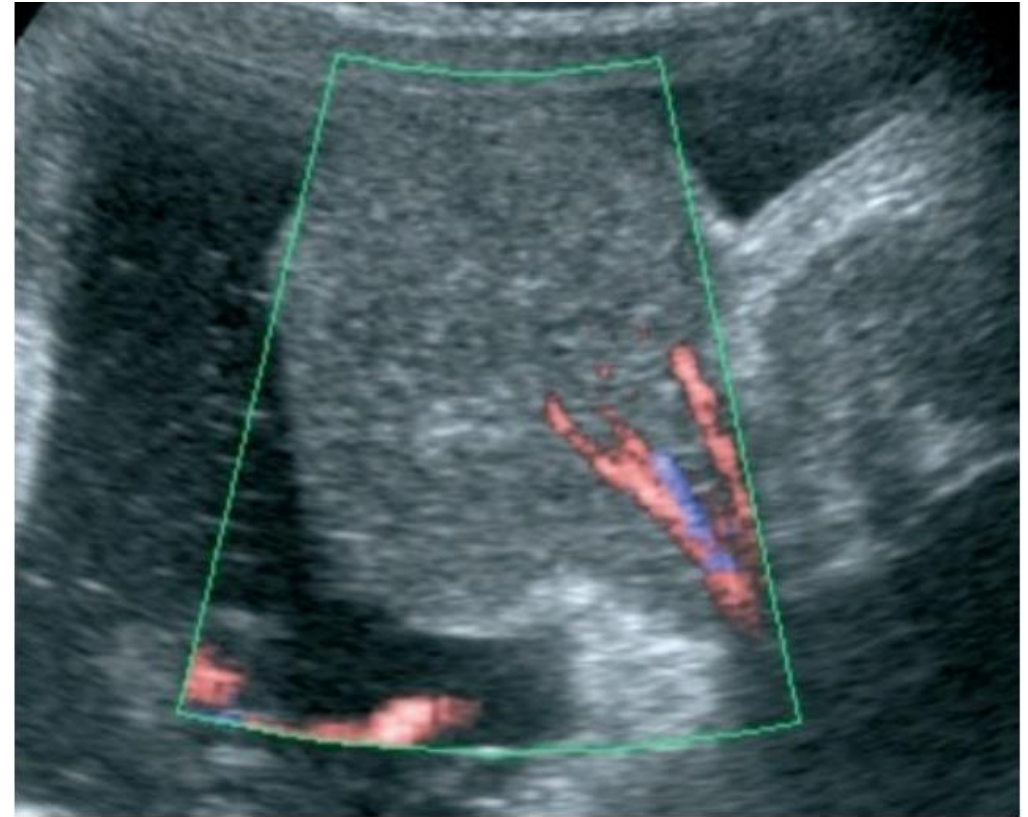
2-Allen LM, Nosovitch JT Jr, Silverman RK, Folk JJ. Prenatal diagnosis of an inguinoscrotal hernia in a fetus with cystic fibrosis. J Ultrasound Med. 2004 Oct;23(10):1391-4. doi: 10.7863/jum.2004.23.10.1391. PMID: 15448332.

4- Frati A, Ducarme G, Vuillard E, Pecastaing A, Yver C, Pejoan H, Luton D. Prenatal evaluation of a scrotal mass using a high-frequency probe in the diagnosis of inguinoscrotal hernia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Dec;32(7):949-50. doi: 10.1002/uog.6241. PMID: 19009574.

Diagnòstic diferencial ecogràfic. Hèrnia escrotal



Doppler present



Absència de captació Doppler dins de la massa.
Possible visualització de vasos mesentèrics

Torsió aguda



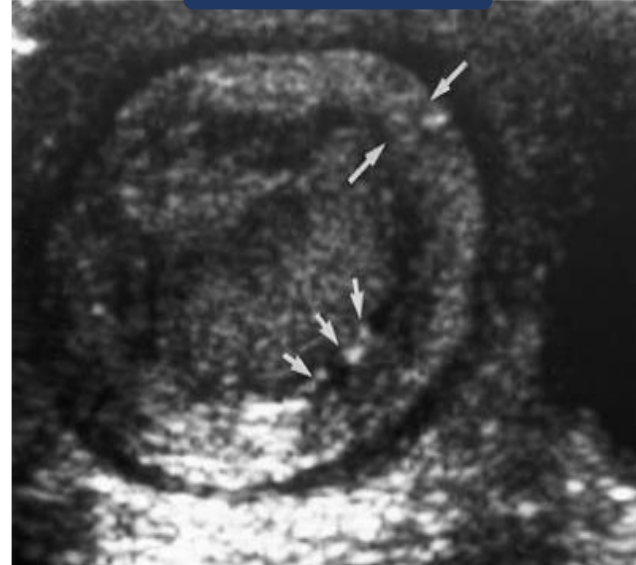
Torsió subaguda



Torsió crònica



Torsió crònica



Diagnòstic diferencial ecogràfic. Torsió testicular

- \approx 34-36 sg
- Sac escrotal regular i de mida variable. Normalment augmentat
- Edema escrotal (estat inflamatori)
- Hidrocele reactiu
- Desplaçament d'envà intertesticular
- Massa escrotal heterogènia i hiperecogènica
 - Variable segons temps d'evolució

Doppler negatiu

Conducta obstètrica

Hèrnia escrotal

- Supervivència >90%
- Possible regressió espontània després del part
- Risc de complicació o isquèmia: 25%
- Seguiment ecogràfic seriati
- Descartar possibles complicacions:
 - Ascitis, polihidramnis, obstrucció, dilatació intestinal, ...
- Valorar finalització si maduració fetal
 - Evitar necrosi intestinal
- Via del part és controvertit
 - Criteri de comitè

Torsió testicular perinatal

- La majoria es diagnostiquen després del part
 - Monorquídia
 - *Síndrome del testicle desaparegut*
 - Torsió crònica → atrèsia
- Taxa de preservació testicle torsionat: 0-5%
 - **Cal salvar l'altre testicle!**
- Seguiment ecogràfic seriati
- No es recomana la finalització de la gestació

Punts clau

- Diagnòstic diferencial de massa escrotal pot ser molt complex
- Hernia escrotal:
 - Peristaltisme és patognomònic
 - Captació Doppler negativa no implica isquèmia
 - Seguiment ecogràfic per descartar complicacions
 - No indicat la finalització immediata: individualitzar
- Torsió testicular:
 - Absència de Doppler
 - Canvis en forma de presentació segons temps d'evolució
 - Taxa de preservació testicular molt baixa → no indicat la finalització
 - Fer seguiment ecogràfic per comprovar viabilitat contralateral

Gràcies



**XARXA ASSISTENCIAL
UNIVERSITÀRIA DE MANRESA**

Dr. Joan Soler, 1-3
08243 Manresa

Tel. 93 875 93 00
Fax 93 873 62 04

althaia@althaia.cat
www.althaia.cat



EFQM
Recognised for Excellence
4 Star - 2020