



CASO CLÍNICO

04/06/25

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y PRUEBAS
A SOLICITAR

- **RESIDENTE (R3 Medicina Interna) : MARÍA PÉREZ CERTAL.**
- **ADJUNTO: CRISTINA PRADA GONZÁLEZ**

PACIENTE MUJER DE 38 AÑOS,

DERIVADA POR SU MAP POR PALPACIÓN DE ADENOPATÍAS INGUINALES.



ANTECEDENTES PERSONALES

- No hábitos tóxicos.
- Trabaja en una guardería.
- Miomas uterinos.
- IQ: radio y cúbito derechos en la infancia.



ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre con Síndrome de Marfan.
- Madre cáncer colorrectal.



TRATAMIENTO HABITUAL

- No toma tratamiento domiciliario habitualmente.

PACIENTE MUJER DE 38 AÑOS,

DERIVADA POR SU MAP POR PALPACIÓN DE ADENOPATÍAS INGUINALES.



ENFERMEDAD ACTUAL

- Refiere palpase desde hace meses adenopatías inguinales bilaterales, una derecha dolorosa de forma intermitente con variaciones de tamaño y consistencia que no le impiden realizar sus ABVD.
- No fiebre, pérdida de peso ni sudoración nocturna.
- No ha mantenido contacto con animales, picaduras, viajes al extranjero, no relaciones sexuales de riesgo.



EXPLORACIÓN FÍSICA.

- BEG. COC. NH y NC piel y mucosas. Eupneica en reposo.
- ACP: rítmica sin soplos. MVC.
- Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación generalizada. No palpo masas, RHA+.
- Adenopatía en ingle derecha de 3x2 cm de diámetro móvil de consistencia dura, varias milimétricas bilaterales.
- EEII sin edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: HG y CG normal, glc 70, urea 30, creatinina 0.83, FG 90, PFH normal, **CT 211**, TG 59, **IgM 262**, iones y PCR normal, H. tiroideas normales, HbA1c 5.3%. Proteinograma normal.

IgM ligeramente elevada (262, límite superior normal 230), lo que podría sugerir reacción inmunitaria reciente o inespecífica, pero sin hallazgos claros ni clínica infecciosa, no es relevante por sí sola.

PACIENTE MUJER DE 38 AÑOS,

DERIVADA POR SU MAP POR PALPACIÓN DE ADENOPATÍAS INGUINALES.



RX TÓRAX

-Proyección PA: Marco óseo conservado, placa bien inspirada, ICT normal, hilios pulmonares normales, no se aprecian masas ni derrames, senos costofrénicos conservados.

-Proyección lateral: No adenopatías ni engrosamiento de hilios, no se aprecia masas consolidaciones o derrames.



PACIENTE MUJER DE 38 AÑOS,

DERIVADA POR SU MAP POR PALPACIÓN DE ADENOPATÍAS INGUINALES.



ECG

Ritmo sinusal a 56lpm, PR normal ,
QRS estrecho, intervalo QT normal.
Eje +35°, ondas T normales, sin
alteraciones agudas de la
repolarización.

HR 56 . Ritmo sinusal

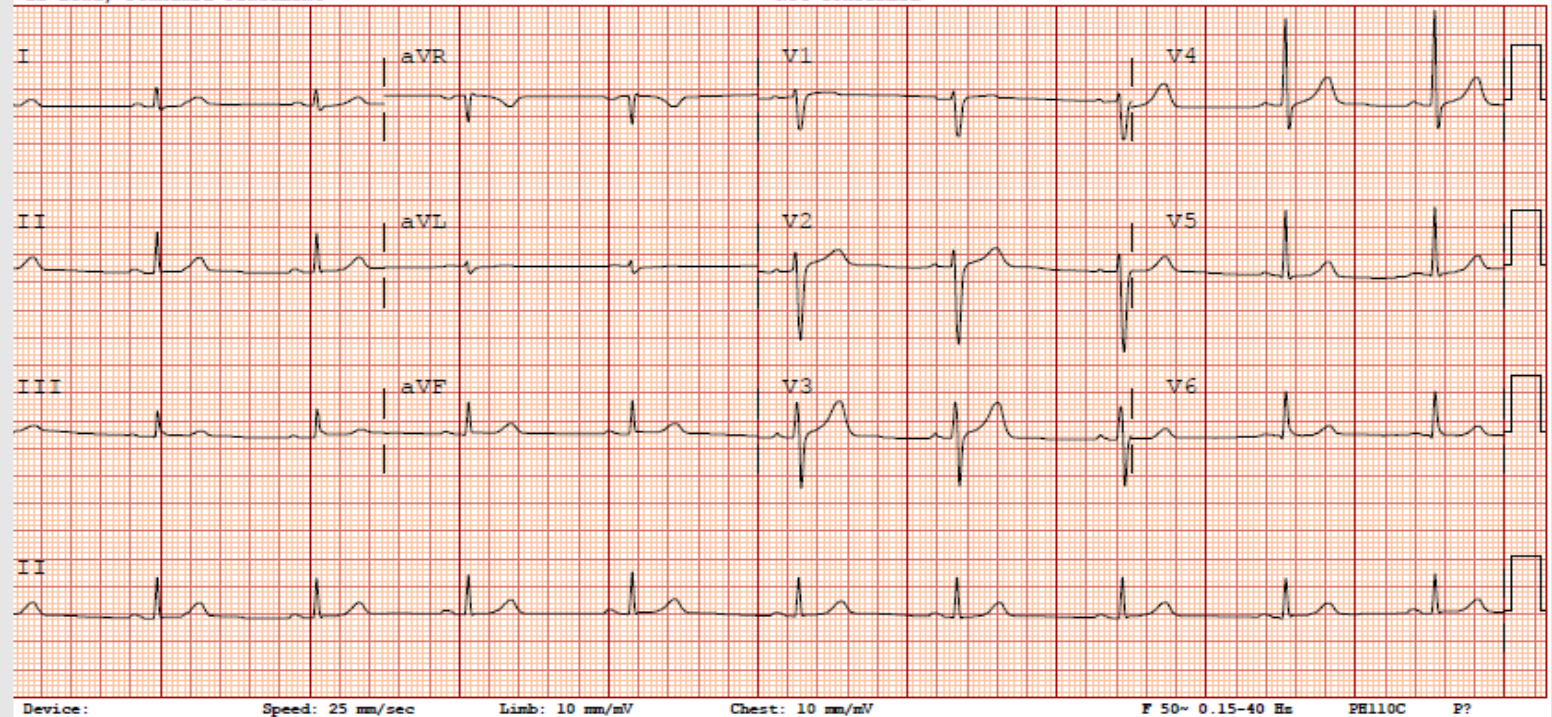
PR 154
QRSD 92
QT 409
QTc 395

-- AXIS --

P 35
QRS 66
T 54

- ECG NORMAL -

Previous Study: 02-Feb-2022 1:06:24 PM - Normal Unconfirmed
12 Lead; Standard Placement Not confirmed





DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ADENOPATÍAS INGUINALES

CAUSAS INFECCIOSAS

- Bacterianas:** Linfadenitis por bacterias piel (estreptococos, estafilococos), enfermedad por arañazo de gato.
- Enfermedad de Transmisión sexual:** Linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*), sífilis, chancroide, herpes, Gonorrea, VIH.
- Micobacterias:** Tuberculosis ganglionar, atípicas.
- Infecciones virales:** Mononucleosis, CMV
- Parasitarias:** Toxoplasma, filariasis.

CAUSAS NEOPLÁSICAS

- Linfoma / Leucemia.**
- Metástasis:** Tumores de vulva, vagina, cérvix, ano, recto.
- Tumores de tejido blando:** Sarcomas, aunque poco frecuentes.

CAUSAS INFLAMATORIAS/ AUTOINMUNES

- **Sarcoidosis**
- LES
- AR

CAUSAS REACTIVAS IDIOPÁTICAS

- Adenopatías reactivas idiopáticas en relación con traumatismos, irritación local, infecciones pasadas.**
- Enfermedad inflamatoria pélvica.**
- Causas Vasculares.**

CAUSAS INFECCIOSAS BACTERIANAS

LINFADENITIS BACTERIANA INESPECÍFICA

-Etiología:

Suele ser secundaria a infecciones cutáneas o heridas en extremidades inferiores, región perineal, glútea o genital.

-Gérmenes habituales:

-*Staphylococcus aureus*

-*Streptococcus pyogenes* (betahemolítico grupo A)

-Clínica:

Adenopatía dolorosa, de inicio agudo, habitualmente unilateral, con o sin enrojecimiento de la piel suprayacente. Puede fluctuar (si abscesifica) o acompañarse de fiebre.

-Factores de riesgo:

Heridas, rascados, forúnculos, celulitis, abscesos, micosis interdigitales.

EN NUESTRA PACIENTE NO SE INDICAN LESIONES EN PIEL.

ENFERMEDAD POR ARANAZO DE GATO

-Agente: *Bartonella henselae*.

-Clínica:

-Historia de contacto con gatos (arañazos, mordeduras).

-Lesión cutánea seguida de adenopatía regional, a veces inguinal si la inoculación es en EEII.

-Puede acompañarse de febrícula y malestar.

EN NUESTRA PACIENTE NO SE INDICA CONTACTO CON ANIMALES.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE CURSAN CON ADENOPATIAS INGUINALES

Enfermedad	Agente causal	Clínica principal	Diagnóstico	Tratamiento recomendado
Linfogranuloma venéreo (LGV)	<i>Chlamydia trachomatis</i> (L1-L3)	Úlcera genital transitoria, adenopatía dolorosa unilateral/bilateral (bubón, a veces fistulizada), fiebre baja.	Serología, PCR en exudado o aspirado ganglionar	Doxiciclina 100 mg/12h 21 días (o Azitromicina 1g/sem 3 sem)
Sífilis primaria	<i>Treponema pallidum</i>	Chancro duro indoloro en genitales, adenopatía regional indolora	Serología (VDRL, TPHA), microscopia de campo oscuro	Penicilina G benzatina 2,4 M UI dosis única (o doxiciclina 14 días si alergia)
Chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Úlcera genital dolorosa y blanda, adenopatía inguinal dolorosa, a menudo supurativa	Cultivo de exudado, PCR (según disponibilidad)	Azitromicina 1 g dosis única o ceftriaxona 250 mg IM dosis única
Herpes genital	<i>Herpes simplex virus</i> (HSV 1-2)	Múltiples úlceras dolorosas, vesículas, adenopatías inguinales dolorosas	PCR, cultivo, serología	Aciclovir 400 mg/8h 7-10 días (o valaciclovir, famciclovir)
Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Uretritis, cervicitis, a veces adenopatía (rara), disuria, exudado purulento	Tinción Gram, cultivo, PCR de exudado	Ceftriaxona 1g IM dosis única + Azitromicina 1g VO dosis única
Chlamydia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretritis/cervicitis leve, a veces adenopatía (rara salvo LGV)	PCR exudado/cervical/orina	Doxiciclina 100 mg/12h 7 días (o Azitromicina 1g dosis única)
Granuloma inguinal (donovanosis)	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Lesiones ulceradas crónicas, indoloras, a veces adenopatía	Frotis (cuerpos de Donovan), PCR	Azitromicina 1g/semana 3 semanas o hasta curación
VIH primario	VIH	Faringitis, fiebre, exantema, adenopatías generalizadas (incluida inguinal)	Serología, PCR VIH	Antirretrovirales (según protocolos)

-Mandal S, Purohit BM, Rao RS, Agarwal S. Sexually transmitted infections causing inguinal lymphadenopathy. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2012;33(1):19-26. doi:10.4103/0253-7184.93818

-Carrero R, Portilla J. Infecciones de transmisión sexual. En: Farreras P, Rozman C, eds. Medicina Interna. 19ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022. p. 2375-2392.

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

**DESCARTAR
CON PCR DE ITS,
SEROLOGÍA Y
CULTIVO DE
EXUDADO
VAGINAL.**



A FAVOR

- Adenopatía dolorosa, móvil y con cambios de tamaño** (patrón compatible con algunas ITS).
- Mujer joven.**
- Adenopatías bilaterales** (puede verse en algunas ITS, aunque otras suelen ser unilaterales).

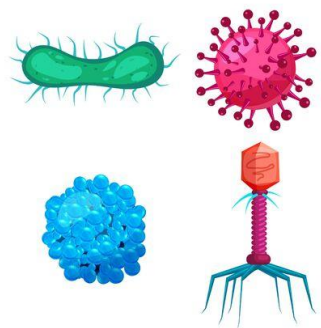


EN CONTRA

- Ausencia de lesiones genitales** (úlceras, secreciones, eritema), que suelen acompañar a la mayoría de las ITS que cursan con adenopatías.
- No relaciones sexuales de riesgo** referidas por la paciente.
- Evolución prolongada** (meses) sin complicaciones, lo que es poco habitual en la mayoría de las ITS, que suelen ser más agudas.
- No fiebre ni síntomas sistémicos** (síntomas B) que podrían asociarse a infecciones de transmisión sexual agudas o primoinfecciones.
- Analítica general normal**, sin leucocitosis, sin PCR elevada y sin alteraciones que sugieran infección aguda.

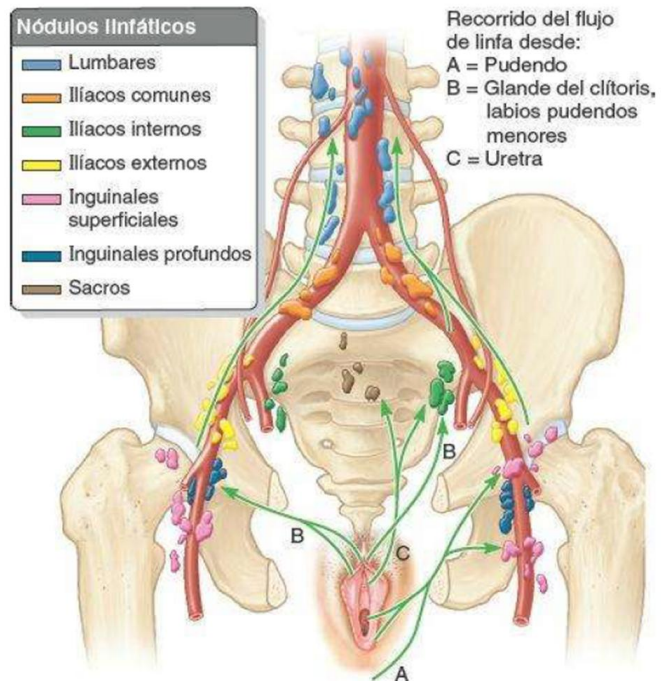


INFECCIONES POR MICOBACTERIAS, VIRALES Y PARASITARIAS.



CAUSAS	A FAVOR 	EN CONTRA 
MICOBACTERIAS (Tuberculosis o micobacterias atípicas)	- Evolución crónica, con adenopatías duras bilaterales. - Analítica normal que la linfadenitis tuberculosa puede cursar sin leucocitosis ni marcadores inflamatorios elevados, especialmente en inmunocompetentes.	-Que la adenopatía sea dolorosa,. -No signos de fistulización ni supuración, no síntomas constitucionales. -No se aprecian alteraciones en RX de tórax - No hay antecedentes de inmunosupresión.
INFECCIONES VIRALES.	Mononucleosis (VEB), Citomegalovirus: pueden cursar con adenopatías generalizadas y en ingles. Otras: Rubéola, sarampión, parvovirus B19: Pueden causar adenopatías, pero típicamente generalizadas y en contexto de exantema. Infecciones relacionadas con la infancia y la paciente trabaja en guardería.	• No síntomas sistémicos ni alteraciones analíticas • Muy raro que afecten únicamente la ingle en adultos.
INFECCIONES PARASITARIAS	• Toxoplasmosis: Adenopatías generalmente cervicales, pero pueden ser generalizadas e incluir las inguinales. • Filariasis linfática (Wuchereria bancrofti, Brugia malayi): Linfedema crónico, adenopatías inguinales.	• No síntomas sistémicos, de fiebre • No evidencia de exposición a parásitos.

CAUSAS NEOPLÁSICAS



LINFOMA HODGKIN Y NO HODKIN

- **Características:**
 - Suelen debutar como adenopatías firmes, indoloras, no móviles.
 - Pueden ser únicas o múltiples, y afectar a cualquier región ganglionar.
 - Pueden acompañarse de síntomas B: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso.
 - En ocasiones, la única manifestación inicial es una adenopatía persistente.
- **Diagnóstico:**
Hemograma, LDH, frotis sanguíneo, biopsia ganglionar, estudios de imagen (TC, PET)

EN NUESTRA PACIENTE NO SÍNTOMAS B, LOCALIZACIÓN POCO HABITUAL , SUELE SER CERVICAL, ANALÍTICA NORMAL, RX DE TÓRAX NORMAL.

METÁSTASIS Y ADENOPATÍAS INGUINALES

- **Tumores de órganos genitales externos y perianales:** Vulva y vagina. Ano y región perianal. Cérvix uterino (en casos avanzados).
- **Tumores de piel de miembros inferiores o región glútea/perineal:** Melanoma.
- **Carcinoma epidermoide.**
- **Carcinoma basocelular.**
- **Otros tumores menos frecuentes:** Recto y uretra, Sacro, glúteos, parte distal del colon.

EN NUESTRA PACIENTE NO SÍNTOMAS SISTÉMICOS, NO EVIDENCIA DE TUMOR PRIMARIO.

TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS EN REGIÓN INGUINAL

- **Lipoma:** Suelen ser **masas blandas, móviles, indoloras.**
- **Sarcomas de partes blandas** (ej. leiomiiosarcoma, liposarcoma, rabdomiosarcoma). Suelen ser **masas indoloras, de crecimiento lento pero progresivo, firmes, a veces adheridas** a planos profundos.
- **Fibromas, fibrosarcomas.**
- **Hemangioma, linfangioma:** Tumores vasculares benignos, poco frecuentes en adultos. Pueden dar masa compresible y cambios de coloración.

EN NUESTRA PACIENTE LESIÓN COMPATIBLE CON ADENOPATÍA NO MASA.

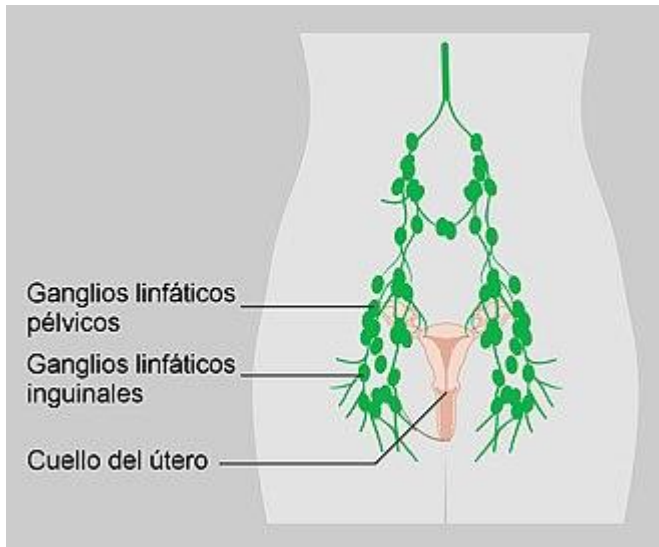
CAUSAS INFLAMATORIAS/ AUTOINMUNES



LES, AR, SARCOIDOSIS

- **Lupus eritematoso sistémico (LES):** Puede cursar con adenopatías generalizadas, asociadas a clínica sistémica (artralgias, exantema, etc.).
- **Artritis reumatoide:** Menos frecuente, suele acompañarse de poliartritis.
- **Sarcoidosis:** Granulomatosis sistémica que puede afectar ganglios, aunque la localización inguinal es rara. Suele asociar afectación pulmonar y otras localizaciones.

CAUSAS REACTIVAS/ IDIOPÁTICAS



ADENOPATÍAS REACTIVAS IDIOPÁTICAS, EIP.

- **Adenopatías reactivas idiopáticas:**
Ganglios aumentados de tamaño por traumatismos, irritación o infecciones previas leves en la zona, sin causa identificable, suelen ser benignas y transitorias.
- **Enfermedad inflamatoria pélvica:**
Infección de órganos genitales internos femeninos que puede causar adenopatía inguinal reactiva, pero normalmente se acompaña de dolor pélvico y síntomas ginecológicos.

EL ANTECEDENTE DE MIOMA NO SUELE DAR CLÍNICA DE ADENOPATÍAS INGUINALES.

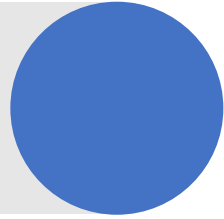
VASCULARES

- Linfedema y linfangitis, hemangiomas, aneurismas femorales, TVP proximal, varices inguinales o safenas.

EN NUESTRA PACIENTE NO EVIDENCIA DE MASAS PULSÁTILES , NO SIGNOS DE LINFANGITIS.

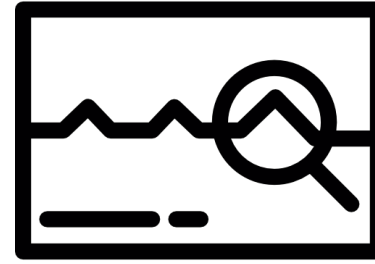
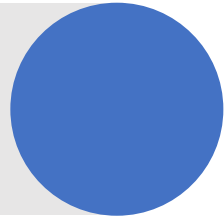


RELACIÓN DEL CASO CON LOS ANTECEDENTES FAMILIARES



- **A priori no relación con antecedente de padre con síndrome de Marfan:**
 - Trastorno genético del tejido conectivo, caracterizado por afectación cardiovascular (aorta, válvulas), ocular (ectopia de cristalino), y esquelética (talla alta, aracnodactilia, pectus excavatum, etc.).
 - No se asocia con adenopatías** ni con mayor predisposición a enfermedades infecciosas, inflamatorias o neoplásicas de ganglios linfáticos.
- **Madre con cáncer colorrectal:**
 - La paciente tiene un mayor riesgo a largo plazo de cáncer colorrectal, sobre todo si la madre era joven al diagnóstico o existen otros familiares afectados. Esto puede indicar un síndrome de **predisposición hereditaria** (como poliposis familiar, síndrome de Lynch, etc.), pero no se manifiestan inicialmente como adenopatías inguinales.
 - Los cánceres colorrectales pueden dar **metástasis en ganglios linfáticos, pero habitualmente afectan ganglios mesentéricos, hepáticos y retroperitoneales, no la región inguinal.**
 - Solo en casos avanzados, con afectación perineal o anal, pueden verse adenopatías inguinales.

PRUEBAS A REALIZAR



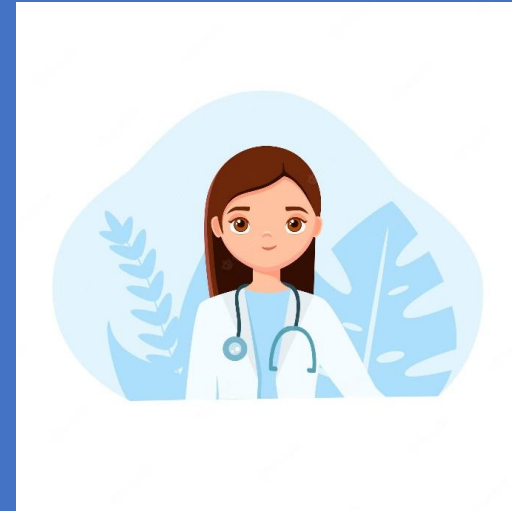
- **ECOGRAFÍA** ganglionar inguinal
- **TC abdomino-pélvico.**
- **Biopsia Ecoguiada:** Obtención de muestra de tejido para análisis histológico, inmunohistoquímico y microbiológico.
- **PCR ETS, exudado vaginal.**
- **Serologías:** VIH, Sífilis (TPHA, RPR), hepatitis B y C, EBV, CMV, Toxoplasma.
- **Estudios Autoinmunes:** ANA, ANCA, factor reumatoide.
- **IFN -Y:** para tuberculosis.
- **Exploración ginecológica completa :** para descartar lesiones vulvares, vaginales o cervicales.

BIBLIOGRAFÍA



- Fustes O, Vázquez López F, et al. Diagnóstico diferencial de adenopatías inguinales. Med Clin (Barc). 2014;143(12):554–560.
- Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Elsevier; 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):1-187. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>
- Mandal S, Purohit BM, Rao RS, Agarwal S. Sexually transmitted infections causing inguinal lymphadenopathy. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2012;33(1):19-26. Doi:10.4103/0253-7184.93818
- Carrero R, Portilla J. Infecciones de transmisión sexual. En: Farreras P, Rozman C, eds. Medicina Interna. 19ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022. p. 2375-2392.
- Ebell MH. Evaluation of patients with lymphadenopathy. Semin Hematol. 2002 Jul;39(3):217-23. Doi:10.1053/shem.2002.34426
- Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022. Chapter 13: Approach to the Patient with Lymphadenopathy.
- López-Longo FJ, Monteagudo I. Adenopatías: enfoque diagnóstico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2020;13(61):3605-13.

GRACIAS

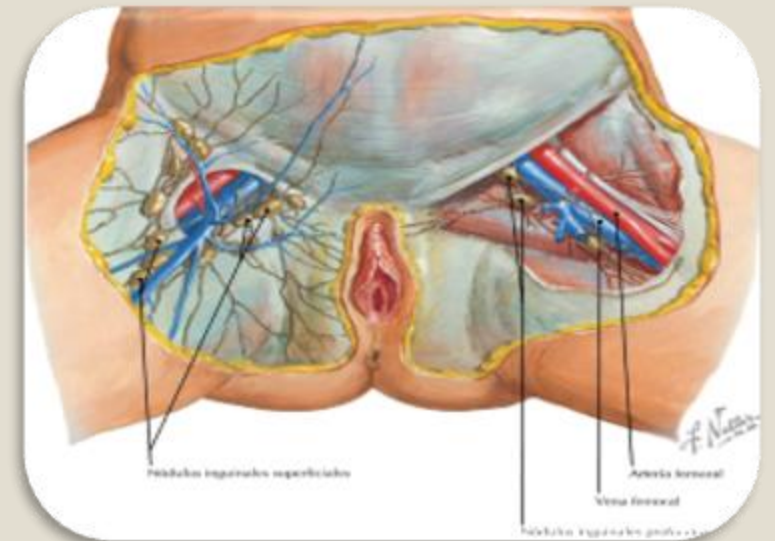


CASO CLÍNICO 4 JUNIO 2025

MARIA PÉREZ CERTAL
CRISTINA PRADA GONZÁLEZ

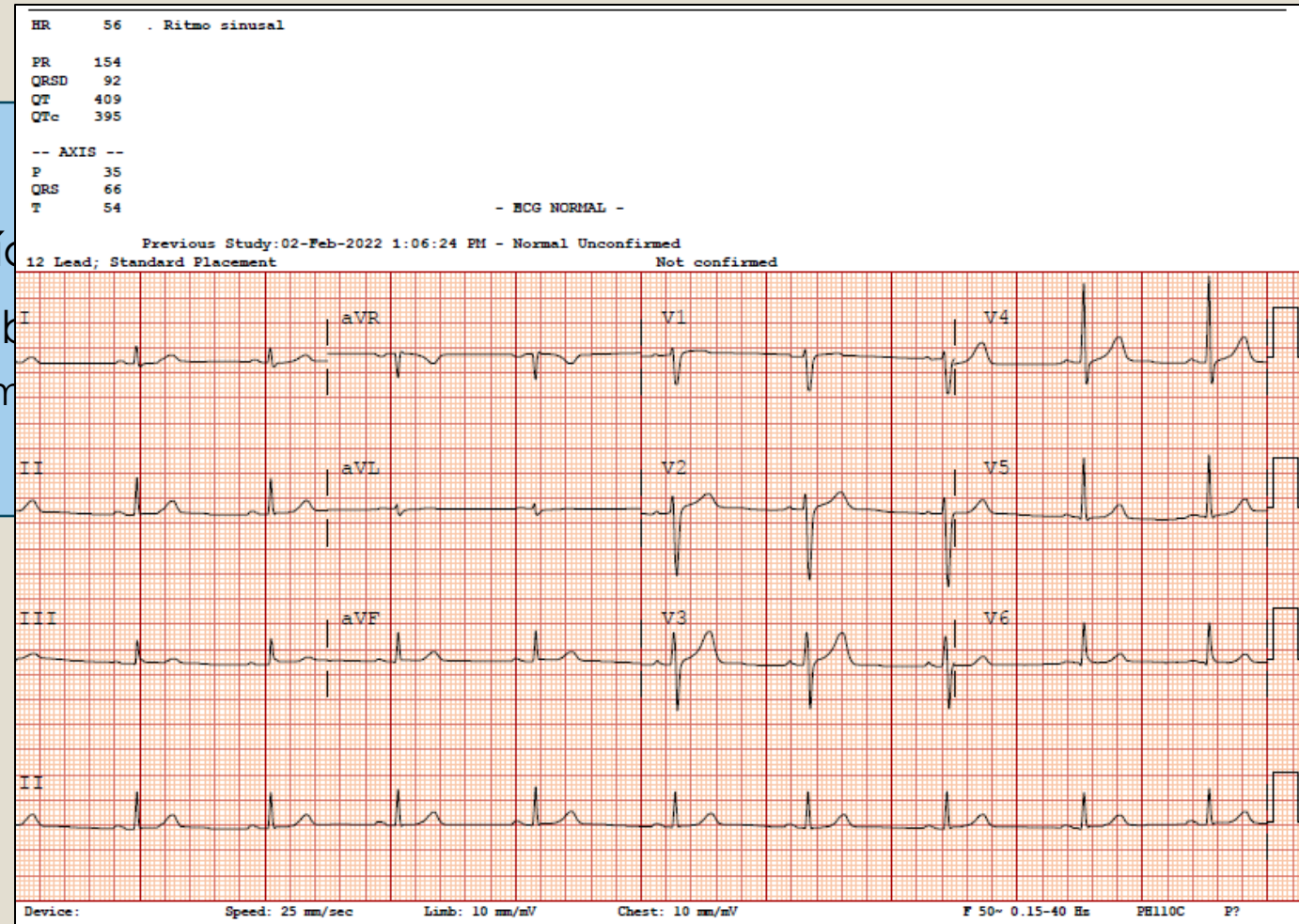
RESUMEN

- Mujer 38 años
- Trabaja en una guardería
- Adenopatías inguinales bilaterales
 - 1 Derecha dolorosa de mayor tamaño y consistencia dura

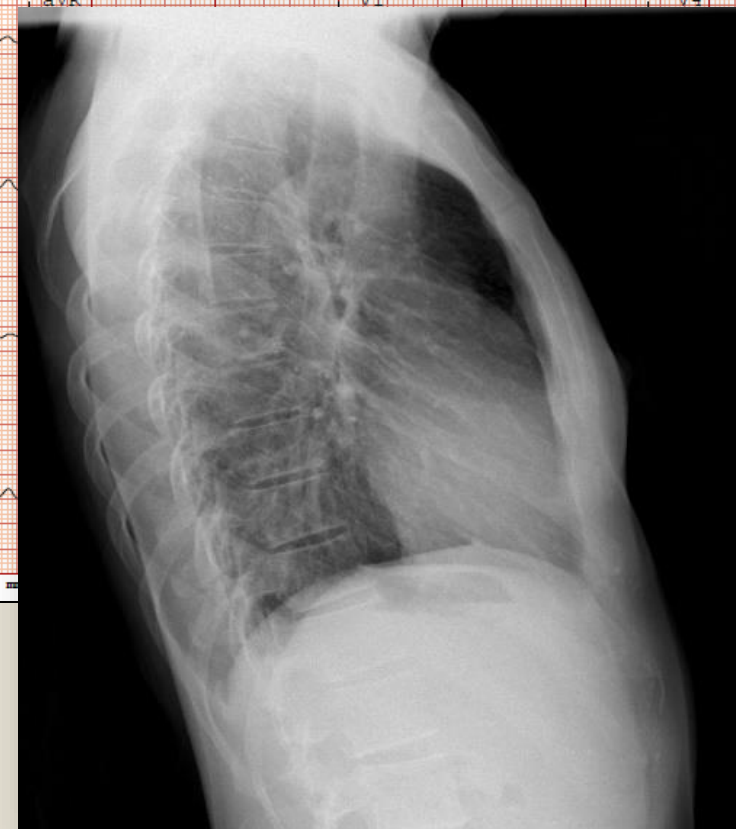
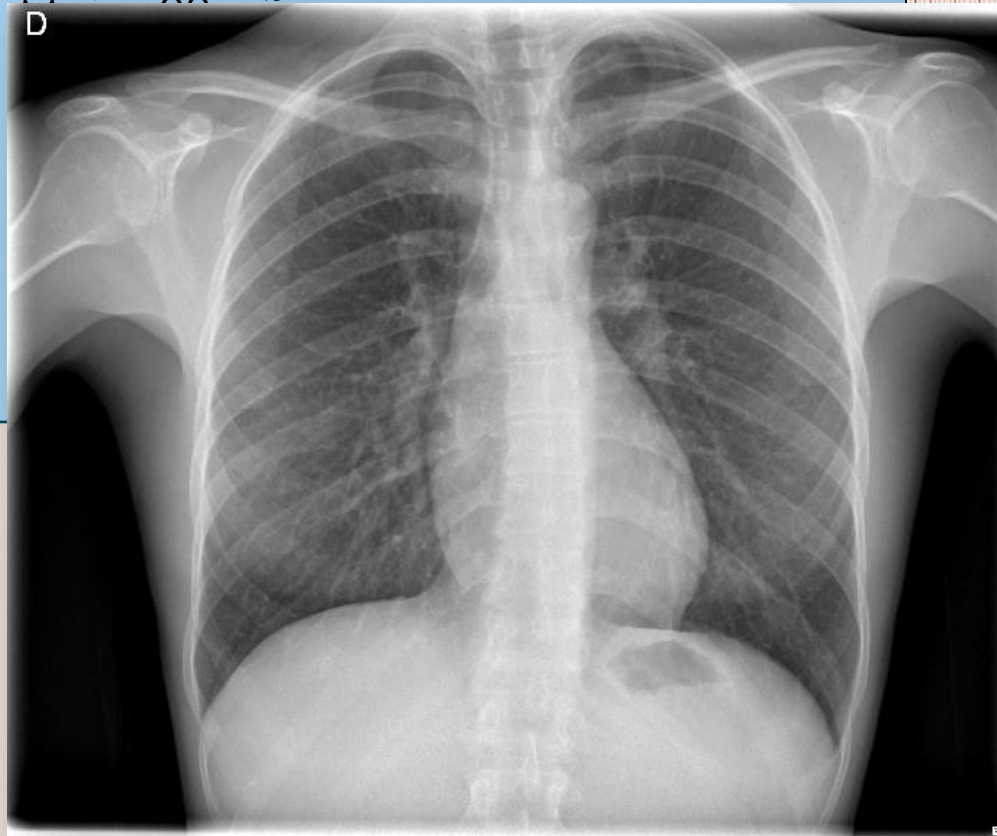
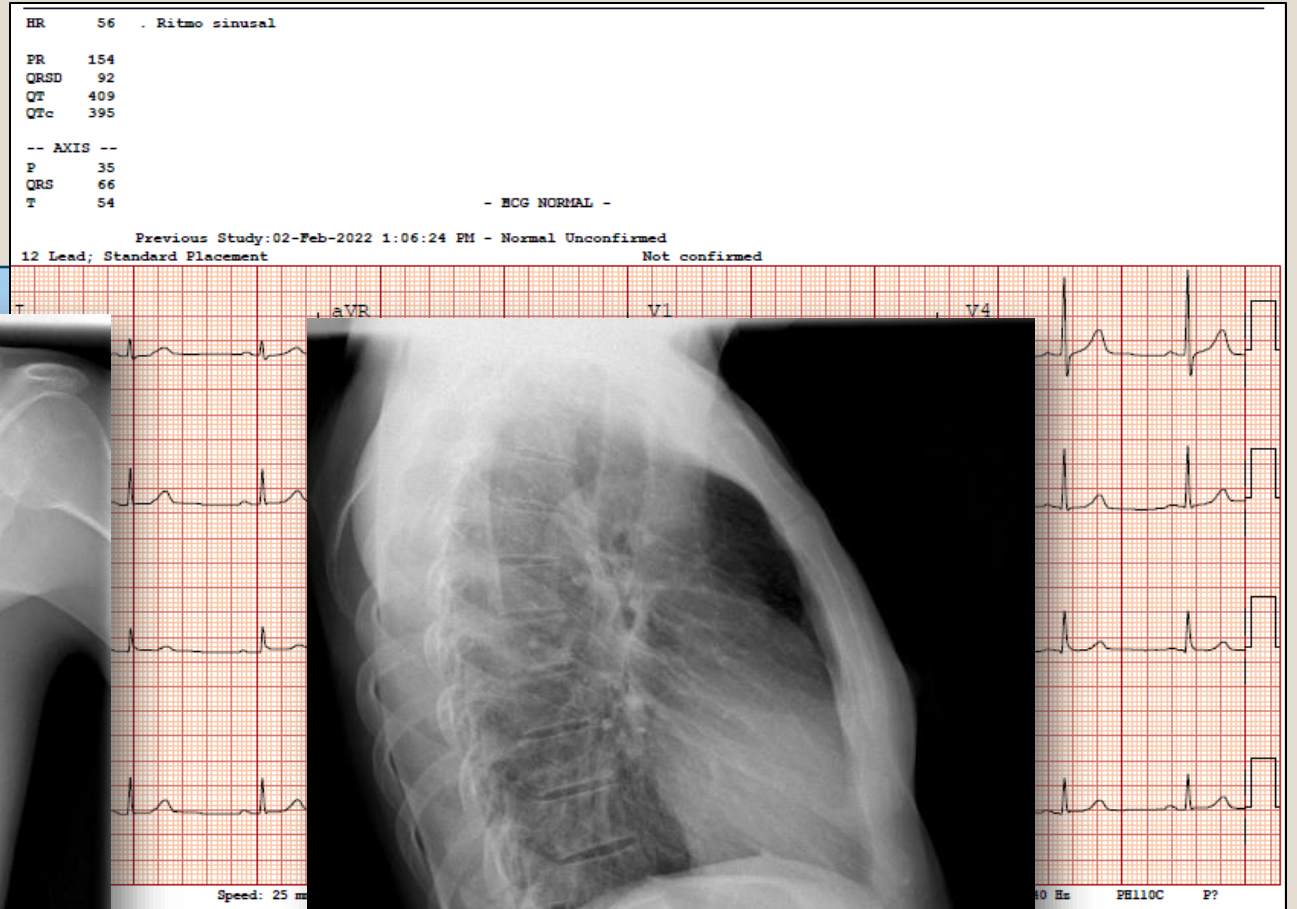


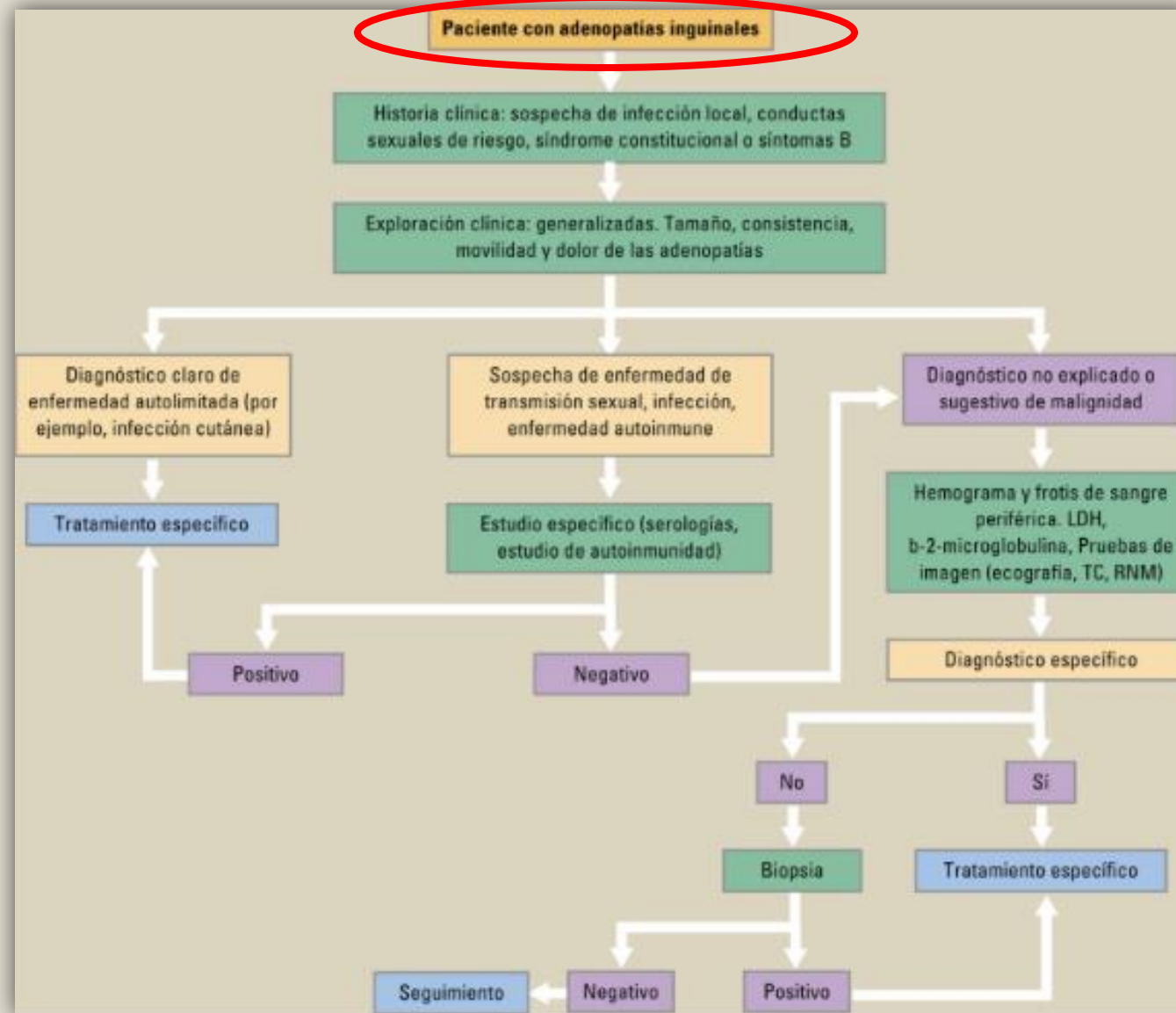
RESUMEN

- Mujer 38 años
- Trabaja en una guardería
- Adenopatías inguinales bilaterales
 - 1 Derecha dolorosa de mediana consistencia dura



RESUMEN





Etiología de las adenopatías

1. Enfermedades infecciosas

A. Viricas

Mononucleosis infecciosa (virus de Epstein-Barr)
Citomegalovirus
Herpes simple
Herpes zoster
Virus de la hepatitis B y C
VIH

B. Bacterianas

Estafilococos
Estreptococos
Enfermedad del arañazo de gato
Tuberculosis

C. Fúngicas

Toxoplasmosis

D. Parasitarias

2. Enfermedades hematológicas

Linfoma de Hodgkin
Linfoma no Hodgkin
Leucemia

3. Enfermedades autoinmunitarias

Artritis reumatoide
Lupus eritematoso
Enfermedad del suero
Linfadenopatía angioinmunoblástica

4. Enfermedades malignas

5. Enfermedades de causa desconocida

Sarcoidosis
Amiloidosis

6. Fármacos

Alopurinol
Atenolol
Captopril
Carbamazepina
Cotrimoxazol
Fenitoína
Quinidina

Otras

Enfermedad de Castleman
Enfermedad de Kawasaki
Fiebre mediterránea familiar

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

◦ ANALÍTICA

- HG, VSG y CG normal, glc 70, urea 30, creatinina 0.83, FG 90, PFH normal, CT 211, TG 59, LDLc 104, IgM 262, iones y PCR normal, **A1 negativa**, **B2 microglobulina** normal, H.tiroideas normales, HbA1c 5.3%. Proteinograma normal.

◦ SEROLOGÍAS

- VHB: anti HBs positivo, VHC, VIH, Lúes, Toxoplasma negativos, Parvovirus B19 IgG positivo.
- **CMV** IgM positivo débil, **VEB** IgM positivo débil.
- A los 3 meses **PCR** carga viral CMV y VEB indetectables.

◦ IC GINECOLOGÍA

- Miomas uterinos estables sin otras anomalías.

ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS (INGUINAL DERECHA):-

Medial a los vasos iliofemorales, se identifica una formación quística anecogénica multiloculada con septos finos, sin vascularización interna en el estudio Doppler-color. Tiene una morfología ovalada y podría depender de la cavidad abdominal. Mide 3,4 x 2,1 x 1,1 cm en los ejes transversal, anteroposterior y craneocaudal respectivamente. No se modifica con las maniobras de Valsalva. Los hallazgos descritos sugieren quiste de Nuck como primera posibilidad diagnóstica.

Ganglios inguinales bilaterales subcentimétricos, inespecíficos.

CONCLUSION:

Hallazgos sugestivos de quiste de Nuck como primera posibilidad diagnóstica; se recomienda completar estudio con TC abdominopélvico para confirmar diagnóstico.

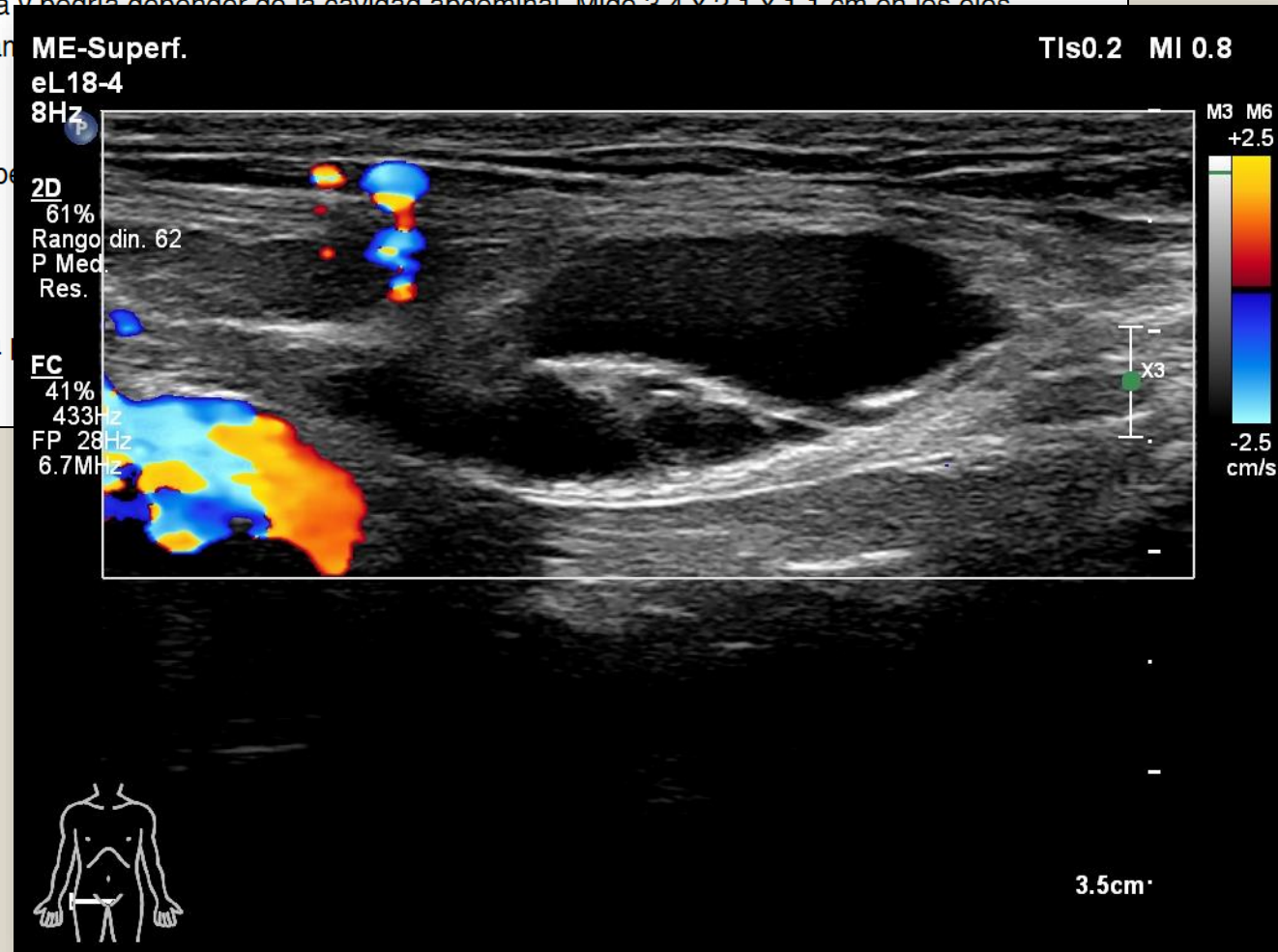
ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS (INGUINAL DERECHA):-

Medial a los vasos iliofemorales, se identifica una formación quística anecogénica multiloculada con septos finos, sin vascularización interna en el estudio Doppler-color. Tiene una morfología ovalada y podría depender de la cavidad abdominal. Mide 2.4 x 2.1 x 1.1 cm en los ejes transversal, anteroposterior y craneocaudal respectivamente. Se sugiere quiste de Nuck como primera posibilidad diagnóstica.

Ganglios inguinales bilaterales subcentimétricos, inespecíficos.

CONCLUSION:

Hallazgos sugestivos de quiste de Nuck como primera posibilidad diagnóstica. Se sugiere confirmación diagnóstica.



TC abdominal con contraste endovenoso.

Imagen de atenuación líquido, homogénea, de pared fina, localizada en el canal inguinal, de morfología tubular de aproximadamente 3,7 cm en craneocaudal por 1,8 cm en transversal en reconstrucción coronal y en reconstrucción sagital presenta un pedículo hacia cavidad peritoneal, hallazgos que sugieren quiste de Nuck.

Hepatomegalia en hígado de atenuación homogénea sin observar lesiones ocupantes de espacio.

Eje esplenoportal permeable.

Bazo, páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones.

No se identifican adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni en cadenas ilíacas.

Vejiga bien replecionada sin alteraciones.

Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis.

Masa heterogénea en útero difícil de cuantificar, aproximadamente 2,5 cm, que desplaza cavidad endometrial, difícil etiquetar mediante este estudio.

Quiste anexial izquierdo de pared gruesa de aproximadamente 3 cm.

Conclusión: Hallazgos que sugieren quiste de Nuck en canal inguinal derecho. Masa en útero que desplaza cavidad endometrial. Quiste anexial izquierdo de pared gruesa. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Recomendando valoración por ginecología.

TC

Ima
crat
hall

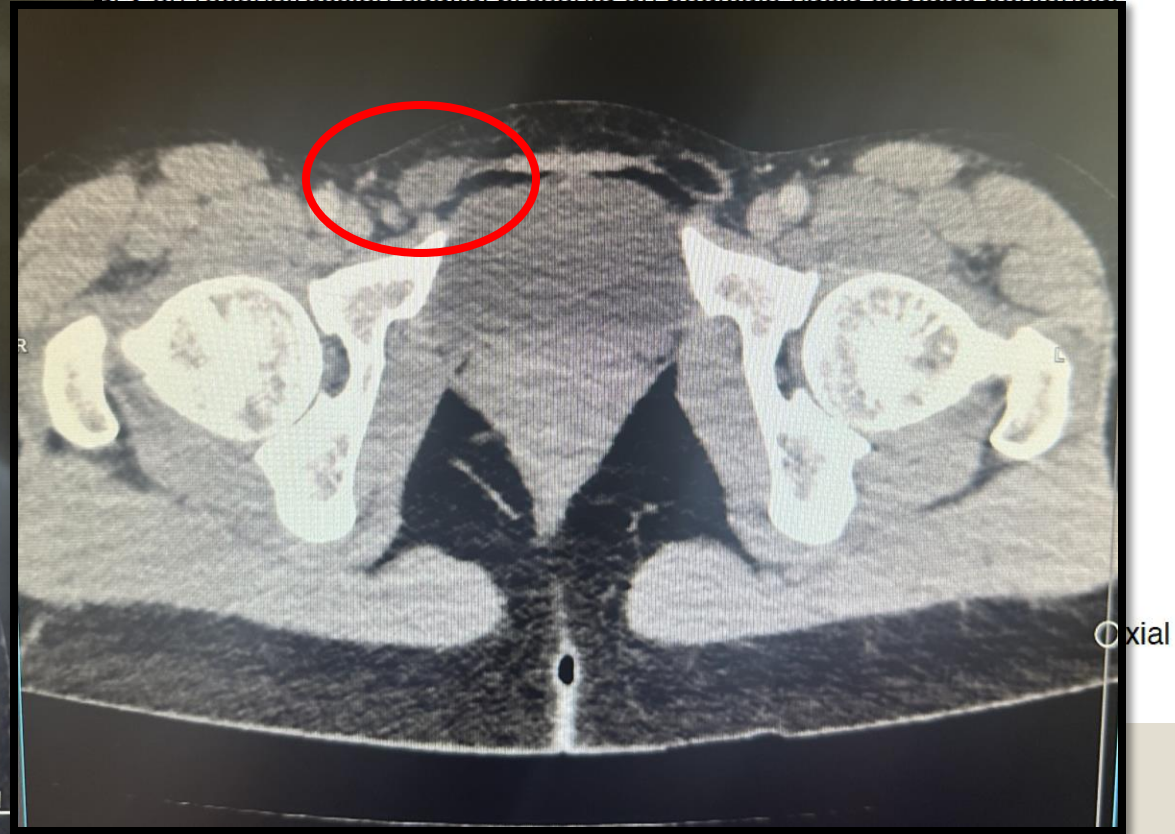
Hep
Eje
Baz
No

Vej
Pec
Mas
estu
Qui

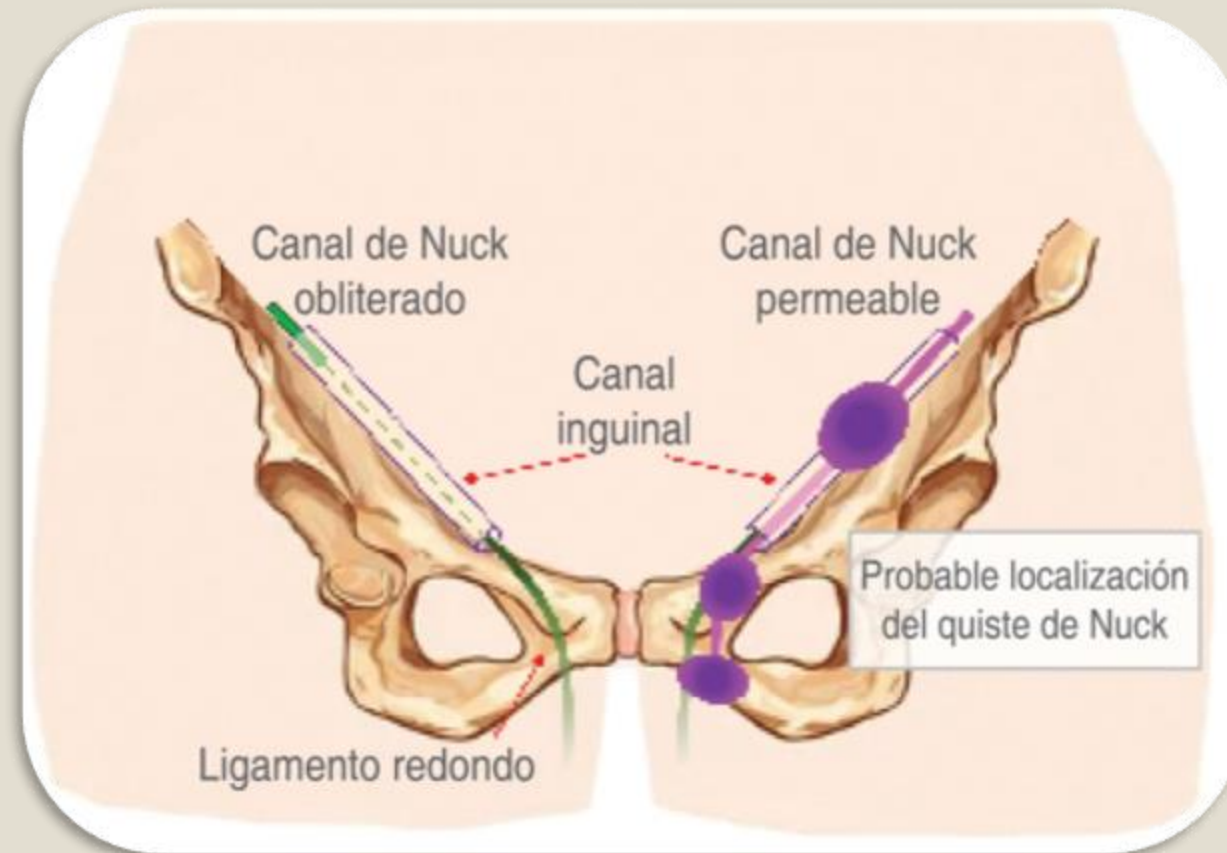
Cor
izqu

Imágenes clave - Spe
2025-

ada en el canal inguinal, de morfología tubular de aproximadamente 3,7 cm en
al y en reconstrucción sagital presenta un pedículo hacia cavidad peritoneal



QUISTE DE NUCK



- Anomalía congénita **infrecuente**.



- PERSISTENCIA DEL PROCESO VAGINALIS (PERITONEO PARIETAL) que acompaña al ligamento redondo dentro del canal inguinal de la mujer (HIDROCELE).
- FALSA HERNIA INGUINAL, difícil diagnóstico diferencial:
 - Alteraciones vasculares, hematomas, tumores o metástasis, adenopatías, endometriosis y abscesos.
 - Quiste del ligamento redondo (Valsalva se moviliza hacia el abdomen y el quiste colapsa).

- Incidencia **1%** en la infancia, ¿prevalencia?.
- Diagnóstico por ecografía, TAC, RNM, intraquirúrgico.
- TRATAMIENTO **QUIRÚRGICO.**
- Pronóstico favorable.

