

Quiste de Nuck: la falsa hernia inguinal

Víctor Cubo-Navarro^a, Gloria Maqueda-Zamora^b, Marta García-Lorenzo^c y Lucía Sierra-Santos^d

^a Residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de La Paz. Madrid (España).

^b Residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de La Paz. Madrid (España).

^c Residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de La Paz. Madrid (España).

^d Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio El Boalo. Madrid (España). Grupo de Trabajo de Genética Clínica y Cáncer Hereditario de la semFYC.

Correspondencia

Gloria Maqueda-Zamora. C/ Isla Malaita nº 11, 10ºD. 28035, Madrid (España).

Correo electrónico

gloriamaquedazamora@gmail.com

Recibido el 10 de febrero de 2021.

Aceptado para su publicación el 14 de abril de 2021.

RESUMEN

El quiste del canal de Nuck es una anomalía congénita infrecuente producida por la persistencia del proceso vaginalis, que procede del peritoneo parietal que acompaña al ligamento redondo dentro del canal inguinal de la mujer. El equivalente masculino sería el hidrocele. Esta entidad frecuentemente produce confusión con una hernia inguinal, ya que se manifiesta como bulto inguinal o incluso genital y su diagnóstico habitual es por ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RNM) y a veces incluso intraquirúrgico. Existe consenso en que su tratamiento debe ser quirúrgico.

El conocimiento de esta patología en Atención Primaria ayuda a realizar un mejor diagnóstico diferencial.

Presentamos el caso clínico de una mujer joven que acude a consulta con un bulto inguinal doloroso que empeora con la bipedestación y se reduce parcialmente, sospechoso de hernia, que resultó ser un quiste de Nuck.

Palabras clave: canal de Nuck, quiste, ultrasonografía, hernia inguinal, peritoneo.

CANAL OF NUCK CYST: THE FALSE INGUINAL HERNIA

ABSTRACT

The canal of nuck cyst is a rare congenital anomaly caused by the persistence of the vaginalis process, which comes from the parietal peritoneum that accompanies the round ligament within the inguinal canal of women. The male equivalent would be hydrocele. This entity commonly causes confusion with an inguinal hernia since it manifests as an inguinal or even genital bulge and its usual diagnosis is by ultrasound, CT, magnetic resonance imaging and sometimes even intra-surgical. There is consensus that its treatment should be surgical. Knowledge of this pathology in primary care helps to make a better differential diagnosis.

We report the case study of a young woman who came to the consultation with a painful groin lump that worsened with standing, and was partially reduced. A hernia was suspected that turned out to be a Nuck cyst.

Keywords: canal of Nuck, cyst, inguinal hernia, peritoneum, ultrasonography.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

El quiste de Nuck, también llamado hidrocele femenino, es un vestigio embrionario originado por una obliteración incompleta del proceso vaginalis dentro del canal inguinal de la mujer. Es una alteración excepcional y de difícil diagnóstico diferencial, fundamentalmente con las hernias inguinales¹. El diagnóstico es principalmente ecográfico y suele tener lugar en la infancia, siendo un diagnóstico menos frecuente en la edad adulta y excepcional en la senectud². El quiste o hidrocele de Nuck, que cuenta con una incidencia cercana al 1% en la población pediátrica, es todavía más infrecuente en la mujer adulta³. El tratamiento es quirúrgico y no reviste gran dificultad, por lo que el pronóstico de esta enfermedad es favorable.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente de 39 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, salvo dos episodios de bartolinitis en la glándula derecha que se resolvieron con antibiótico. Acude a consulta de Atención Primaria del medio rural por bulto en la ingle derecha que empeora en bipedestación, doloroso a la palpación y que se reduce ocasionalmente en decúbito.

Ante la sospecha de hernia inguinocrural, se derivó a la paciente al hospital para valorar indicación quirúrgica y se realizó ecografía abdominal. En la ecografía se observó una imagen de aspecto tubular hipocogénica alargada en región medial a los vasos iliofemorales derechos de 3,5 cm x 0,7 cm x 0,4 cm de diámetro (figura 1), dolorosa a la presión con el transductor, que en estudio Doppler mostró algún foco mínimo de vascularización periférica.

Ante estos hallazgos se decidió hacer TAC pélvico y se confirmó que había discreto realce poscontraste que podía corresponder con un quiste del canal de Nuck complicado (figura 2). Se visualizó permeabilidad de estructuras vasculares ilíaca y femorales, pequeña adenopatía inguinal de aspecto reactivo.

Se ofreció a la paciente cirugía diagnóstica y terapéutica que hasta la actualidad ha desestimado. Actualmente, persiste el bultoma,

Figura 1. Imagen tubular hipocogénica alargada en región medial a los vasos iliofemorales derechos de 3,5 cm x 0,7 cm x 0,4 cm de diámetro

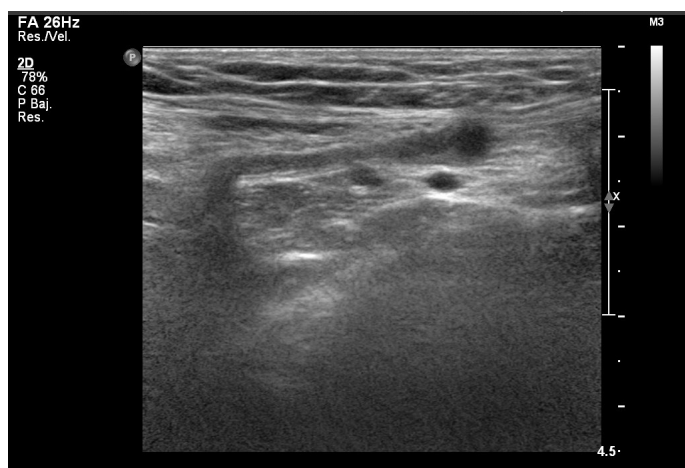


Figura 2. TAC pélvico con probable quiste en canal de Nuck



con estabilidad en su tamaño, es indoloro y no le produce molestias asociadas.

DISCUSIÓN

El peritoneo es una membrana serosa formada por células mesoteliales que descansan sobre tejido conectivo laxo. La capa parietal externa reviste la pared abdominal, el diafragma y la pelvis, y durante la vida intrauterina se evagina acompañando al ligamento redondo hasta los labios mayores en las mujeres. Si no se oblitera correctamente, forma el canal de Nuck y favorece la formación de los quistes de Nuck⁴. Estos quistes fueron descritos por primera vez por el anatomista holandés Anton Nuck en el siglo XVI y existen tres tipos:

1. Quiste de Nuck sin comunicación con la cavidad peritoneal, equivalente al quiste del cordón espermático en el hombre.
2. Quiste con comunicación directa con la cavidad peritoneal.
3. Quiste en forma de reloj de arena compuesto de dos quistes; el más proximal comunica con la cavidad peritoneal⁵.

Si bien al tratarse de una patología desconocida, no se sabe con exactitud la prevalencia a nivel mundial⁶, algunos estudios aseguran que tiene una incidencia aproximadamente del 1% en la población pediátrica, siendo menos frecuente en mujeres adultas³.

Suele manifestarse como un bulto en la ingle, algunas veces ligeramente doloroso, irreductible y que en ocasiones migra hacia el labio mayor, pudiendo confundirse con una bartolinitis, como ocurrió en el caso de nuestra paciente.

La mayoría de las veces aparenta ser una hernia inguinal. En nuestro caso, la paciente fue enviada al cirujano con esa sospecha.

El diagnóstico principal suele hacerse por ecografía, donde es común visualizar quistes de menos de 3 cm, con contenido anecoico y sin señal Doppler, que pueden tener forma de coma redondeada o tubular.

El TAC o la RNM pueden ser útiles para visualizar la relación anatómica para el diagnóstico diferencial y el abordaje quirúrgico.

El diagnóstico diferencial principal es con la hernia inguinal irreductible en la mujer, pero también con alteraciones vasculares (varices del ligamento redondo, pseudoaneurismas), hematomas, tumores benignos y malignos o metastásicos, adenopatías, endometriosis y abscesos.

Otra de las entidades similares que se asemejan es el quiste del ligamento redondo, el cual suele ser doloroso, a diferencia del quiste del canal de Nuck, y más frecuente en mujeres en edad reproductiva. En la maniobra de Valsalva, se moviliza hacia el abdomen, mientras que el quiste del canal de Nuck tiende a colapsar en dicha maniobra⁷.

Por todo ello, podemos concluir que nos encontramos ante una patología extremadamente infrecuente, que se presenta como una masa inguinal que puede confundirse muy fácilmente con una hernia inguinal, entre otras patologías⁸.

Si bien la cirugía es tanto el tratamiento como la técnica diagnóstica de elección definitivo⁹, el diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria, aun siendo extremadamente complicado, puede ayudarnos a evitar errores diagnósticos y quirúrgicos.

La ecografía tiene un papel clave hoy en día en el ámbito de la Atención Primaria. Es una técnica diagnóstica en auge en nuestra espe-

cialidad, que cada día está más implantada en nuestra actividad asistencial habitual, pues con ella la médica y el médico de familia pueden realizar un mejor diagnóstico, apoyándose en la exploración clínica.

Así pues, como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, consideramos de especial relevancia conocer esta patología para poder diagnosticarla o sospecharla en nuestras pacientes, evitando pruebas complementarias o cirugías innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández RT, Valero LI, Herzog VR, Joleini JS, Salcedo JI, Segura GA. Revisión de masas inguinales. Dos casos de quiste del canal de Nuck. *Euro Eco* 2012;3(3):77-9.
2. Stickel WH, Manner M. Female Hydrocele (Cyst of the Canal of Nuck). Sonographic Appearance of a Rare and Little-Known Disorder. *J Ultrasound Med* 2004;23:429-32.
3. Cuenca-Gómez C, Larrañaga-Blanc I, Rivero-Déniz J, García-Olivares E, Puértola-Rico N, Rada-Palomino A, et al. Quiste de nuck: un reto diagnóstico. *Cir Esp*. 2017;95(Espec Congr):760.
4. Núñez-Troconis J, Núñez-Virla L, Delgado M. Quiste del conducto de Nuck: una patología vulvar poco frecuente. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006 Mar; 66(1):43-6.
5. Monreal R, Fuertes-Fernández I, Ostiz-Zubieta S, Garatea-Aznar P, Jerez-Oliveros JJ, Sánchez-Rodríguez C. Quiste de Nuck: el hidrocele femenino. *SERAM* 2014; 0649.
6. Jarquín-Arremilla A, García-Espinoza JA, Tafoya-Ramírez F,
7. Lechuga-García NA. Quiste de Nuck, una entidad clínica inusual. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen*. 2018;40(1):38-42.
8. Vargas-Ávila AL, Gómez-Montoya LE, Guidos-Gil JC, Ávila-Rivera JL, Huerta-García O, Medina-Tirado MA. Quiste de ligamento redondo que simula hernia inguinal encarcelada. Reporte de un caso. *Cir Cir*. 2017;85(4):334-8.
9. Jarquín-Arremilla A, García-Espinoza JA, Tafoya-Ramírez F, Lechuga-García NA. Quiste de Nuck, una entidad clínica inusual. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen*. 2018 Mar;40(1):38-42.
10. Markinez-Gordobil I, Garnateo-Nicolás F, García-Fernández M, Domínguez-Franjo FM, Irureta-Urretabizkaia I, Reka-Mediavilla L. Quiste del canal de Nuck. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Gac Med Bilbao*. 2014;111(1):18-21.