



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-592 - QUISTE DE NUCK: UN RETO DIAGNÓSTICO

Cuenca Gómez, Carlota; Larrañaga Blanc, Itziar; Rivero Déniz, Joaquín; García Olivares, Esteban; Puértolas Rico, Noelia; Rada Palomino, Arantazu; Tur Martínez, Jaume; Delgado Rivilla, Salvadora

Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Introducción: El quiste de Nuck es una entidad rara en la población adulta por lo que supone un reto diagnóstico, confundiéndose a menudo con una hernia inguinal incarcerada. Presentamos el caso de un quiste de Nuck diagnosticado de urgencia.

Caso clínico: Mujer de 22 años de edad sin antecedentes patológicos de interés, que acude a urgencias por dolor inguinal derecho de aparición insidiosa. A la exploración física destaca tumoración crural dolorosa, que no se reduce con maniobras de taxis. Análítica general sin alteraciones. Se solicita ecografía inguinal, en la que se observa formación de aspecto quístico con algún septo, bien delimitada, de $5 \times 1,5 \times 3$ cm. Para completar estudio se solicita TC pélvico, objetivándose formación quística en el canal de Nuck. Se indica cirugía urgente, confirmándose el diagnóstico de quiste de Nuck, practicándose exéresis mediante cirugía abierta por vía anterior. Postoperatorio sin incidencias, siendo dada de alta a las 24 horas de la intervención. La anatomía patológica definitiva informa de cavidad quística con revestimiento mesotelial, compatible con quiste de Nuck.

Discusión: El quiste o hidrocele de Nuck cuenta con una incidencia cercana al 1% en la población pediátrica, siendo todavía más infrecuente en la mujer adulta. Se origina durante el proceso embriológico: el proceso vaginal (vestigio del peritoneo parietal embriológico), que acompaña al ligamento redondo en su recorrido, normalmente involuciona durante el primer año de vida eliminando la comunicación entre los labios mayores y la cavidad peritoneal. La permeabilidad del mismo puede asociarse a la aparición de hernias indirectas o de hidrocele de Nuck. Clínicamente se manifiesta de manera similar a una hernia inguinal o crural, en forma de tumoración inguinal no reductible, motivo por el que a menudo se confunde su diagnóstico. Otras patologías que deben considerarse en el diagnóstico diferencial son: adenopatía inguinal, quiste de Bartholino o hematoma postraumático. El diagnóstico es clínico, por lo que un alto índice de sospecha es fundamental. A menudo se trata de un hallazgo en pruebas complementarias o durante la misma cirugía. Se recomienda el uso de ecografía o RMN como pruebas complementarias. El tratamiento es quirúrgico, con abordaje inguinal por vía anterior o por laparoscopia, consistiendo en exéresis de la tumoración completa evitando su perforación. No se recomienda la apertura y aspiración del contenido del quiste, ya que puede inducir a recurrencia. Es controvertida la asociación de cierre del orificio inguinal o colocación de malla para evitar la aparición de hernias, siendo recomendado por varios autores.