



P-608 - QUISTE MESOTELIAL EN CANAL DE NUCK CON FOCO DE ENDOMETRIOSIS

Bazán Hinojo, María del Carmen; Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Ayllón Gámez, Saray; Peña Barturen, Catalina; Varela Recio, Javier; Sancho Maraver, Eva; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Objetivos: Presentar una asociación muy infrecuente en edad adulta, con escasas publicaciones en la literatura médica, pero que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hernia inguino-crural de la mujer. La endometriosis extragenital a nivel de región inguinal tiene una incidencia de 0,8% y puede ir asociada a quiste de Nuck.

Caso clínico: Mujer de 48 años con antecedentes personales de asma y hernia de hiato, que acude a consulta por nódulo en región inguino-crural derecha de meses de evolución, con episodios de inflamación en la zona sin otra sintomatología asociada. En exploración se palpa tumoración no reductible, indolora, sin cambios con maniobras de Valsalva ni bipedestación. Se solicita ecografía que informa de lesión nodular, hipoecoica, próxima a labio mayor con probable diagnóstico de quiste de Nuck y se completa estudio con RMN, la cual informa de lesión quística en canal inguinal compatible con quiste de Nuck. Ante hallazgos se decide cirugía programada encontrando lesión quística inguinal que se extirpa y reparación según Rutkow-Robbins. Cursa postoperatorio favorable y alta en régimen de CMA. En A. patológica informa de quiste mesotelial compatible con quiste de Nuck y foco de endometriosis.

Discusión: El quiste de conducto de Nuck (QN) o hidrocele femenino, es una evaginación del peritoneo parietal que acompaña al ligamento redondo en el canal inguinal, desde la base de las trompas de Falopio hasta el labio mayor. Existen distintas teorías para su formación como: fallo de obliteración de canal de Nuck o formación quística por inclusión de elementos mesenquimales durante desarrollo embrionario del ligamento redondo. Raramente aparece en edad adulta, cursando de forma asintomática, aunque puede acompañarse de ligeras molestias por inflamación en un 30% de los casos o confundirse con hernia incarcerada. Molestias cíclicas que coinciden con menstruación deben hacernos sospechar endometriosis, aunque muy rara asociación. En 80% de los casos se localizan en el lado derecho. En diagnóstico, cabe destacar que no hay modificación con Valsalva y la transluminación es positiva, pero es raro poder diagnosticarlo sólo con hallazgos clínicos. Por ello, se recomienda realización de ecografía o RMN. El Diagnóstico definitivo se realiza durante la cirugía y es confirmado histológicamente. El tratamiento de elección es quirúrgico con resección del quiste y ligadura del cuello del proceso vaginalis, asociada o no de hernioplastia, ya que, la hernia inguinal coexiste con QN en un 30-40%.