



P-509 - QUISTE DE NUCK EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HERNIA INGUINO-CRURAL

A. Crespí Mir, L. Lozano Salvá, A. Sánchez López, J.M. Muñoz Pérez, A. de la Llave Serralvo, A. Pallisera Lloveras, F.J. Julián Argudo y J.A. Cifuentes Ródenas

Fundación Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El quiste de Nuck también conocido como hidrocele de Nuck, descrito por primera vez en el 1961 por Anton Nuck, es el resultado de la invaginación del peritoneo parietal durante el desarrollo del canal inguinal dando lugar a la formación del conducto de Nuck. Este tiende a cerrarse espontáneamente de forma fisiológica aunque en ocasiones permanece permeable con la consiguiente formación de quistes. Se trata de una entidad poco frecuente que aparece mayoritariamente en mujeres jóvenes pero en ocasiones puede aparecer en la edad adulta y se manifiesta como una masa asintomática en la región inguinocrural con proyección hacia la región vulvar, pudiendo presentar similitud con la hernia inguinal o crural incarcerada. Ante la escasa frecuencia de dicha entidad presentamos el caso clínico y el abordaje quirúrgico de un quiste de Nuck diagnosticado en el Hospital Son Llàtzer.

Caso clínico: Paciente mujer de 52 años, con antecedentes de HTA y glaucoma que consulta para valoración de tumoración blanda, discretamente dolorosa en región inguino-crural derecha que protruye hacia los labios mayores tras los esfuerzos, de más de 7 años de evolución. La exploración física resulta no concluyente y se solicita ecografía pélvica que informa de colección a nivel inguinal. Ante dicho hallazgo se procede a realizar una RM que informa de colección líquida que se adapta a la morfología del canal inguinal con extensión filiforme, hallazgo sugerente de patología del proceso peritoneo vaginal, quiste de Nuck, descartando hernias, asas intestinales y adenopatías. La paciente es intervenida sin incidencias, encontrándose un quiste de contenido líquido seroso en el conducto inguinal derecho y se realiza exéresis del mismo sin colocación de malla de material protésico al no evidenciar defecto herniario. El postoperatorio resultó satisfactorio y en revisiones posteriores la paciente permanecía asintomática y sin recidiva. Se recogió muestra del contenido seroso del quiste realizando citología mediante tinción de Papanicolau que resulta positiva para quiste inguinal con ausencia de malignidad. Y la anatomía patológica informó de fragmento de tejido adiposo con revestimiento seroso parduzco y de aspecto membranáceo, que mide $7,2 \times 3 \times 1,4$ cm. Pared del quiste compuesta por tejido adiposo maduro sin atipias y revestimiento mesotelial focal residual cuboideo aplanado. Hallazgos correspondientes a quiste mesotelial simple.

Discusión: Existen muchas patologías que cursan con tumoración a nivel inguinal por lo que debe realizarse un diagnóstico diferencial amplio con otras entidades patológicas incluyendo la hernia inguinal, la hernia crural, las adenopatías, el aneurisma de la arteria femoral, neoplasias, procesos

inflamatorios y patología ginecológica, entre otros. El diagnóstico clínico puede presentar dificultades por lo que se utiliza la ecografía por su alta rentabilidad diagnóstica y cuando no es concluyente o existen dudas se puede recurrir al TC y/o RM donde se objetivará una masa quística de paredes delgadas en el canal inguinal. El tratamiento de elección es quirúrgico consistiendo en la resección del quiste y la colocando una malla protésica siempre y cuando haya defecto herniario existente.