



P-541 - QUISTE DE NUCK: EL SIMULADOR DE LA HERNIA INGUINOCRURAL

Garrido Benito, Beatriz; Baeza Carrión, Ana; Cornejo López, María de los Ángeles; Pascual Nadal, Juan José; Ruiz Guardiola, Rocío; Ripoll Martín, Roberto; Ots Gutiérrez, José Ramón; Oliver García, Israel

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: Durante la vida fetal un repliegue embriológico del peritoneo parietal se extiende hacia el canal inguinal acompañando al ligamento redondo en niñas y al descenso de los testículos en niños. De forma fisiológica debe cerrarse espontáneamente, de lo contrario la persistencia de permeabilidad se asocia al hidrocele femenino, también conocido como quiste de Nuck. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de quiste de Nuck bilateral tras debutar con dolor inguinal de meses de evolución.

Caso clínico: Paciente mujer de 42 años con antecedentes de hipotiroidismo subclínico y sobrepeso que consulta por tumoraciones blandas dolorosas inguinales bilaterales de varios meses de evolución. A la exploración no se palpan masas claras por lo que se solicita ecografía y se amplía el estudio con RMN pélvica que informa de lesiones inguinales bilaterales de consistencia quística encapsuladas y mediales a los vasos femorales, bien definidas, de 22 mm de diámetro máximo la derecha y 11 mm la izquierda, compatibles con quistes de Nuck. La paciente es intervenida quirúrgicamente con identificación de ambos conductos peritoneo-vaginales con quistes de Nuck, que se resecan procediéndose a su exéresis y a la colocación de mallas protésicas de refuerzo bilaterales. La evolución postoperatoria fue favorable, encontrándose asintomática y sin signos de recidiva en revisiones posteriores. Los hallazgos anatomopatológicos fueron congruentes con quistes mesoteliales simples sin evidencia de malignidad, compatibles con hidrocele femenino.

Discusión: Durante la etapa embrionaria el proceso vaginal (vestigio del peritoneo parietal femenino) acompaña al ligamento redondo. Debe involucionar fisiológicamente antes del primer año de vida, pero si permanece esta comunicación entre labios mayores y cavidad peritoneal, recibe el nombre de quiste de Nuck, que en población pediátrica alcanza una incidencia del 1% siendo todavía menos frecuente en mujeres adultas. Aunque generalmente es asintomático, puede manifestarse clínicamente como tumoración blanda inguinocrural dolorosa, por lo que se ha de hacer diagnóstico diferencial con otras causas de tumoración inguinal en la mujer, como hernia inguinocrural (en la urgencia puede confundirse con herniación crural incarcerada), adenopatías, procesos inflamatorios y ginecológicos, neoplasias, etc. Una vez establecido el diagnóstico clínico de sospecha, la prueba de imagen de elección es por su alta rentabilidad la ecografía, que describe una lesión quística no modificable con maniobras de Valsalva y que se prolonga hacia canal inguinal o cavidad peritoneal. En caso de dudas diagnósticas, la RMN o el TC abdominal objetivan una masa quística tensa de paredes delgadas en el canal inguinal. El tratamiento debe ser quirúrgico, bien por vía anterior o

laparoscópicamente, resecaando el quiste y evitando su apertura para disminuir recurrencias. Si se objetiva defecto herniario debe colocarse una malla protésica sobre el mismo. Ante una mujer joven con tumoración inguinocrural de consistencia blanda se ha de realizar diagnóstico diferencial amplio, siendo la ecografía la prueba de elección ante la sospecha clínica de conducto de Nuck. El tratamiento indicado será la resección del mismo junto con colocación de malla protésica de existir defecto herniario evidente durante la exploración quirúrgica.