

Quiste de Nuck, un hallazgo infrecuente en la mujer adulta. Reporte de caso

María Salomé Reyes-Sarmiento¹, Nini Yalimar Sierra-Gutierrez¹, Lorena García-Agudelo¹

Nuck cist, an uncommon finding in adult woman. Case report

Introduction: The Nuck canal cyst is a rare clinical finding that is usually encountered in girls and even rarer in adult women. It's related to an embryogenic defect that leads to faulty closure of the Nuck canal, equivalent to testicular hydrocele in men. **Objective:** To present a rare case of Nuck cyst in an adult woman and emphasize its importance as a differential diagnosis when encountering a painful mass in the inguinal region. **Materials and Methods:** Review of the clinical case and literature. **Results:** This is a 54-year-old female patient who presented with left inguinal pain as well as irritative urinary and gastrointestinal symptoms. In whom a diagnosis of a Nuck cyst is found through imaging studies. **Discussion:** Due to its rarity and lack of awareness among general practitioners and specialists, as well as the numerous differential diagnoses that mimic its clinical presentation, it's often misdiagnosed. It's important to consider it as a differential diagnosis in women with inguinal swelling or mass, with or without pain.

Key words: Nuck cyst; round ligament of uterus; inguinal canal; abdominal pain; women.

¹Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.

Recibido el 2024-08-14 y aceptado para publicación el 2024-09-05

Correspondencia a:
Dra. María Salomé Reyes-Sarmiento
masaresa13@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Resumen

Introducción: El quiste del canal de Nuck es un hallazgo clínico infrecuente que generalmente se encuentra en niñas y, es aún más raro, en mujeres adultas. Se relaciona con un defecto en la embriogénesis que produce el cierre defectuoso del canal de Nuck, equivalente al hidrocele testicular en los hombres. **Objetivo:** Presentar un hallazgo infrecuente de quiste de Nuck en una mujer adulta y resaltar su importancia como diagnóstico diferencial ante el hallazgo de una masa dolorosa en la región inguinal. **Materiales y Métodos:** Revisión del caso clínico y la literatura. **Resultados:** Se trata de una paciente de 54 años, que presentó dolor inguinal izquierdo, además de síntomas urinarios irritativos y gastrointestinales. En quien se encuentra diagnóstico de un quiste de Nuck a través de estudios de imagen. **Discusión:** Debido a su poca frecuencia y desconocimiento por parte de los médicos generales y especialistas, así como los múltiples diagnósticos diferenciales que semejan su clínica, suele ser mal diagnosticado. Es importante tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial en mujeres con presencia de masa inguinal con o sin dolor.

Palabras clave: quiste de Nuck; ligamento redondo del útero; canal inguinal; dolor abdominal; mujer.

Introducción

Fue en el siglo XVII cuando el anatomista Anton Nuck describió por primera vez una estructura quística que se extendía hasta los labios mayores en las mujeres¹. El quiste de Nuck es comparado con el hidrocele masculino, por lo que también se conoce como hidrocele femenino. Se considera un vestigio embrionario originado por el defecto del cierre del canal después del nacimiento o dentro del primer año de vida. Lo que lleva a una oblite-

ración incompleta del proceso *vaginalis* dentro del canal inguinal femenino. La presentación clínica se caracteriza por la aparición de un bulto en la ingle, que puede estar acompañado o no de dolor y ocasionalmente puede progresar con migración hacia el labio mayor ipsilateral^{1,2}. Su diagnóstico está dado principalmente por un examen físico minucioso, además de imágenes diagnósticas complementarias³. Tales como ultrasonografía (US) y tomografía axial computarizada (TC), principalmente durante la infancia, con una prevalencia cercana al 1%, ya que

se considera un defecto en la embriogénesis. Por lo que, siendo una patología infrecuente con escaso reporte en la literatura, es aún más raro encontrarlo en la edad adulta, lo que lleva a la posibilidad de ser mal diagnosticado en relación con otros diagnósticos diferenciales^{1,2}. Comparando la presentación clínica principalmente con las hernias inguinales⁴. El tratamiento indicado es quirúrgico, considerado de baja dificultad y con pronóstico favorable.

La ausencia de reportes de caso sobre esta condición clínica en nuestro país, la baja incidencia, sobre todo en la edad adulta, así como el interés en resaltar el quiste de Nuck como diagnóstico diferencial de dolor inguinal en la mujer adulta, son el propósito final de este reporte de caso.

Caso Clínico

Paciente femenina de 54 años, con antecedente patológico relevante de prolapso genital desde hace 22 años, con manejo quirúrgico sin respuesta favorable. Quien ingresó por dolor pélvico crónico agudizado asociado a náuseas y emesis, además de síntomas urinarios irritativos sin respuesta a analgesia ambulatoria. Con signos vitales normales; afebril, sin dificultad respiratoria. Al examen físico se encontró una masa inguinal izquierda de 4 x 4 cm, dolorosa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal o de cambios en la coloración de la piel; al tacto vaginal, un prolapso uterovaginal incompleto que alcanza el introito vaginal sin sobrepasarlo, además de caída de la pared posterior de la vagina, por lo cual establecieron un diagnóstico presuntivo de hernia inguinal izquierda y prolapso uterino grado III. Por lo tanto, ordenaron manejo combinado de analgesia y antieméticos endovenosos. Solicitaron además estudios de imagen complementarios con el fin de descartar un posible proceso obstructivo o encarcelamiento de la presunta hernia inguinal.

La US encontró en el canal inguinal izquierdo imágenes de contenido anecoico con pared definida, con reforzamiento acústico posterior sin señal *Doppler* color, una de ellas con cuello hacia el peritoneo, una con dimensiones de 40 mm y otra de 25 mm, sin otras alteraciones a nivel de músculo, tejido celular subcutáneo o piel. Por lo tanto, se definen lesiones quísticas en canal inguinal con impresión de quiste de Nuck como primera posibilidad diagnóstica. Para definir su localización y compromiso estructural, se realizó una TC de abdomen total con contraste, encontrando litiasis renal no obstructiva, resaltando el hallazgo de acumulación de líquido en la región inguinal izquierda sin alteración al medio

de contraste, con un pedículo que comunicaba con la cavidad peritoneal y en su interior pequeño tabique hiperdenso de 1 mm con medidas de 44 x 39 x 28 mm con un volumen de 25 cc (Figura 1). Posterior a una estancia hospitalaria de 3 días, donde la paciente presentó adecuada evolución y remisión de los síntomas de ingreso, no se consideró una urgencia quirúrgica, por lo que se decide dar egreso para manejo quirúrgico ambulatorio.

Discusión

Durante la embriogénesis, el ligamento redondo del útero desciende hasta los labios mayores ipsilaterales y se extiende a través del canal inguinal. Con el descenso del ligamento redondo se produce al mismo tiempo una evaginación peritoneal definida como canal de Nuck. Siendo el homólogo del proceso vaginal en los hombres⁵. Normalmente se oblitera durante el primer año de vida. Pero un defecto parcial o total en el cierre lleva a la presentación de diversas condiciones clínicas que afectan el canal inguinal, requiriendo intervención quirúrgica para ser resueltas⁶. También se ha encontrado relación fisiopatológica con un defecto en la membrana secretora, lo que lleva a un desequilibrio idiopático o secundario en la secreción y absorción de líquidos que lleva al agrandamiento del quiste^{1,4}. Prodromidou *et al*¹, encontró que solo 16 pacientes concluyeron un diagnóstico de hidrocele del canal de Nuck, la gran mayoría en edad reproductiva. Igualmente, Arias, *et al*⁴, refirió que entre 2001 al 2017 se reportaron solo 17 casos en mujeres adultas. Por lo que, al asociarse a un hallazgo infrecuente, más prevalente en la infancia, es aún más raro una presentación clínica en la adultez, sobre todo fuera de la ventana de fertilidad de la mujer.

La literatura clasifica los quistes de Nuck de acuerdo con si existe o no comunicación con la cavidad peritoneal y su presentación. Encontrando una presentación comunicante hacia la cavidad intraperitoneal debido a la falta de obliteración completa del canal, se presenta como una masa inguinolabial no dolorosa, reductible y que protruye al realizar la maniobra de Valsalva o al estar de pie, y puede simular una hernia indirecta. También puede estar enquistado, siendo la presentación más frecuente donde no existe comunicación intraperitoneal debido a la obliteración proximal del canal. Generalmente se evidencia una masa enquistada sin defecto herniario en las niñas y su crecimiento progresivo se relaciona con un defecto idiopático en el drenaje linfático por un desequilibrio en el mesotelio pe-

ritoneal. Simula una hernia directa en las mujeres adultas, presentándose como una masa no reductible que puede ser dolorosa, imitando una hernia encarcelada, y no cambia al realizar la maniobra de Valsalva. En este tipo de presentación, existe riesgo de

infección o de hemorragia intraquística. Finalmente, la presentación menos frecuente es la bilocular, siendo una presentación mixta que resulta de un anillo inguinal profundo que constriñe el hidrocele dando forma de reloj de arena. Con una parte

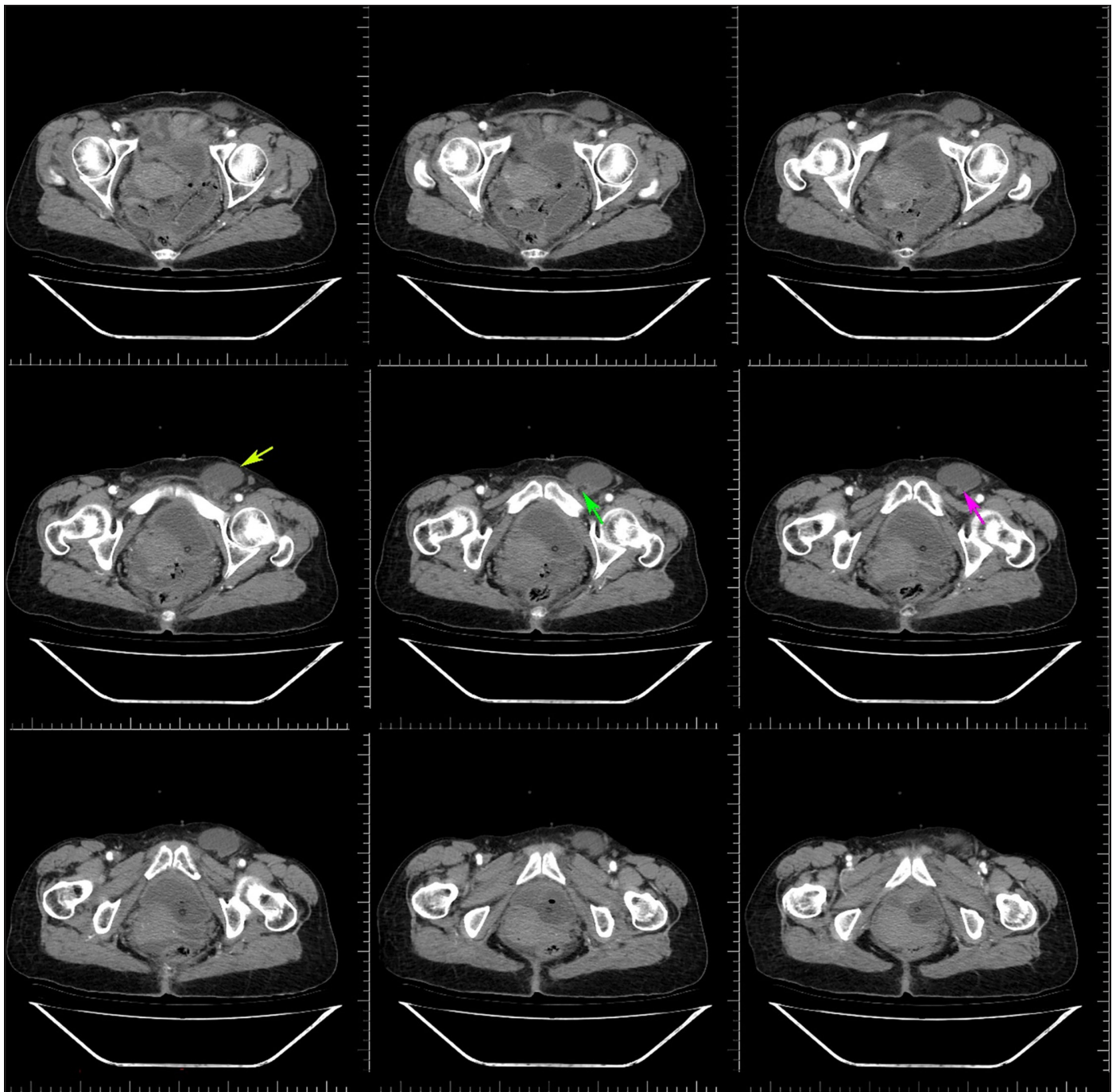


Figura 1. TC de abdomen total con contraste: corte axial con visualización de una estructura quística en canal inguinal izquierdo (flecha amarilla), donde se observa un pedículo (flecha rosada) que comunica con la cavidad peritoneal, además de un tabique (flecha verde) en el interior de este.

proximal comunicante intraperitoneal y una distal alojada en el canal inguinal, simulando una hernia. En caso presentado, se sugiere que la paciente presentó un quiste de Nuck bilocular, lo que en primera instancia llevó a la sospecha diagnóstica de hernia inguinal, posteriormente descartada por la evidencia de dos lesiones quísticas sin vascularización, una de ellas con comunicación intraperitoneal a través de un pedículo, lo que constituye la presentación clínica menos frecuente⁴⁻⁸.

Al examen físico se palpa un aumento de volumen inguinal o genital, que puede ser doloroso, generalmente sin presencia de síntomas gastrointestinales. No suele cambiar al realizar la maniobra de Valsalva y en la mayoría de los casos se puede reducir manualmente. A nivel genital, se puede encontrar abultamiento del labio mayor ipsilateral, como en la presentación comunicante, ya que no existe un anillo inguinal profundo que oprima el quiste, como sucedió en esta paciente. Frecuentemente, el quiste de Nuck se confunde con una hernia inguinal, como en este caso, que es descartada solo en el momento intraoperatorio. Es aquí donde son importantes las imágenes diagnósticas preoperatorias de alta resolución como la US, que sería la principal herramienta por su bajo costo y alta disponibilidad, con la cual se puede detectar una lesión anecoica o hipocoeica sin flujo vascular⁶. En ocasiones puede requerirse una mejor visualización con herramientas más específicas como la TC, las imágenes muestran el quiste como una lesión homogénea llena de líquido a lo largo del ligamento redondo. En este caso se encontró acumulación de líquido, además de comunicación intraperitoneal a través de un pedículo dentro de la lesión. En algunos casos, la resonancia magnética (RM) puede ser necesaria, donde se muestra una lesión de paredes delgadas, que aparece hipointensa en secuencias potenciadas en T1 e hiperintensa en secuencias potenciadas en T2³.

El tratamiento indicado es quirúrgico, que debe adaptarse según las condiciones clínicas, anatómicas y la experiencia del cirujano⁵. Aunque el abordaje laparoscópico permite menor sangrado y mejor resultado estético, se ha asociado con un mayor riesgo de lesión intestinal, entre otras complicaciones³. La revisión de la literatura define que solo el 5% de los pacientes pueden requerir manejo quirúrgico de emergencia⁵. Se debe tener en cuenta la escisión completa de hidrocele para evitar recidivas, si se encuentra un defecto herniario, se debe proceder también con una hernioplastia. La gran mayoría de reportes de caso sugieren el estudio histopatológico

como complemento diagnóstico; en este generalmente se encuentra tejido fibrovascular con una capa simple de mesotelio que lleva a la confirmación diagnóstica, además de descartar entidades concomitantes como endometriosis o adenocarcinomas del quiste⁴.

Es probable que la confusión diagnóstica inicial existiera debido a los síntomas gastrointestinales y urinarios irritativos de la paciente. Lo cual se encuentra relacionado clínicamente con el defecto de suelo pélvico previamente descrito, así como el hallazgo de litiasis no obstructiva en estudios de imagen. Por lo tanto, es importante apoyarse en complementos diagnósticos como los estudios de imagen, y sobre todo tener presente esta posible patología para que no sea obviada y dar un oportuno enfoque diagnóstico y terapéutico.

Si el defecto alcanza los genitales externos, se requiere además la reconstrucción de estos, lo que representa un aspecto imprescindible en el componente emocional y calidad de vida de la paciente a largo plazo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Rol

María Salomé Reyes-S.: Conceptualización, curación de contenidos y datos, análisis formal de los datos, investigación, administración del proyecto, software, visualización, redacción-revisión y edición.

Nini Yalimar Sierra-G.: Conceptualización, curación de contenidos y datos, análisis formal de los datos, investigación, administración del proyecto, visualización, redacción-revisión y edición.

Lorena García-A.: Conceptualización, administración del proyecto, recursos materiales, supervisión, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Bibliografía

1. Prodromidou A, Paspala A, Schizas D, Spartalis E, Nastos C, Machairas N. Cyst of the Canal of Nuck in adult females: A case report and systematic review. *Biomed Rep* [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3892/br.2020.1295>
2. Cubo-Navarro V, Maqueda-Zamora G, García-Lorenzo M, Sierra-Santos L. Quiste de Nuck: la falsa hernia inguinal. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2022;15(1):57-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169674823011>
3. Kohlhauser M, Pirsch JV, Maier T, Viertler C, Fegerl R. The cyst of the canal of Nuck: Anatomy, diagnostic and treatment of a very rare diagnosis-A case report of an adult woman and narrative review of the literature. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2022;58(10):1353. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58101353>
4. Dávila Arias C, Núñez Delgado Y, Eisman Hidalgo M, García-Villanova Ruiz P. Quiste del canal de Nuck, a propósito de un caso. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2021;48(1):33-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.03.002>
5. Fikatas P, Megas I-F, Mantouvalou K, Alkatout I, Chopra SS, Biebl M, et al. Hydroceles of the canal of Nuck in adults-diagnostic, treatment and results of a rare condition in females. *J Clin Med* [Internet]. 2020;9(12):4026. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9124026>
6. Saguintaah M, Eulliot J, Bertrand M, Prodhomme O, Béchar N, Bolivar-Perrin J, et al. Canal of nuck abnormalities in pediatric female patients. *Radiographics* [Internet]. 2022;42(2):541-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.210145>
7. Thomas AK, Thomas RL, Thomas B. Canal of Nuck abnormalities. *J Ultrasound Med* [Internet]. 2020;39(2):385-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jum.15103>
8. Keeratibharat N, Chansangrat J. Hydrocele of the canal of nuck: A review. *Cureus* [Internet]. 2022 [citado el 14 de agosto de 2024];14(4). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/92632-hydrocele-of-the-canal-of-nuck-a-review#!/>