

NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2024;121(1):70-72



Quiste de Nuck, a propósito de un caso

Guinea-Castañares Javier^a, Iturralde-Iriso Jesús-María^b

(a) Centro de salud La Habana-Cuba. Médico interno residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Vitoria-Gasteiz-Alava.

(b) Centro de salud La Habana-Cuba. Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Vitoria-Gasteiz-Alava.

Recibido el 10 de enero de 2024; aceptado el 26 de febrero de 2024

Resumen:

Mujer de 62 años con ooforectomía derecha por endometriosis, desde hace 20 años, sin antecedentes de interés que acudió a consulta de su centro de salud refiriendo un tumoración en fosa iliaca derecha, sin referir dolor ni otra sintomatología en anamnesis por aparatos. En ecografía del centro de salud, se evidenció una imagen, desestructurada y sin flujo, por lo que se decidió realizar una interconsulta al servicio de medicina interna, quienes le solicitaron una tomografía axial computarizada (TAC), que confirmó que se trataba de un quiste de Nuck. Debido a que la paciente se encontró asintomática, no se le ofreció una intervención quirúrgica y se le optó por realizar un seguimiento.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Quiste de nuck.
Fosa iliaca derecha.
Tumoración.

Nucken kistea, kasu bat dela eta

Laburpena:

62 urteko emakume bat, endometriosiagatik eskuineko ooforektomia duena, duela 20 urtetik, aurrekari interesgarririk gabea, bere osasun-zentroko kontsultara joan zena eskuineko hobi iliakoko hantura bat aipatuz, aparatuen bidezko anamnesian minik edo bestelako sintomatologiarik aipatu gabe. Osasun-zentroaren ekografian, irudi desegituratua eta fluxurik gabekoa agertu zen, eta, beraz, barne-medikuntzako zerbitzuari interkontsulta bat egitea erabaki zen. Horiek ordenagailu bidezko tomografia axial bat eskatu zioten (TAC), eta Nucken kiste bat zela baieztatu zuten. Pazientea sintomarik gabe aurkitu zenez, ez zioten ebakuntza kirurgikorik eskaini, eta jarraipena egitea erabaki zuten.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Nuck-kistea.
Eskuineko hobi iliakoa.
Hantura.

KEYWORDS

Nuck cyst.
Right lower quadrant.
Tumor.

Nuck cyst, about a case

Abstract:

A 62 year old woman with a right oophorectomy for endometriosis, for 20 years, with no history of interest, who attended her health center referring a tumor in the right lower quadrant without referring pain or other symptoms in the medical history of the devices. An ultrasound at the health center revealed an image compatible with lymphadenopathy, unstructured and without flow, so it was decided to consult the internal medicine service, who requested a computerized axial tomography (CT) scan, which confirmed that it was a Nuck cyst. Because the patient was asymptomatic, surgical intervention was not offered and a follow up was chosen.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Mujer de 62 años que consultó a su médico de atención primaria por la aparición de una tumoración en la región inguinal derecha, de un mes de evolución, relacionando su origen con un traumatismo mientras trabajaba.

En la anamnesis destacó el antecedente de ooforectomía derecha hace veinte años por endometriosis.

En la historia familiar, se registró: hermana con cáncer de útero, padre con lupus eritematoso sistémico y dos primos con cáncer de colon acontecido antes de los cincuenta años.

La paciente no refería manifestaciones constitucionales, aunque reportaba una leve pérdida de peso atribuida a estrés por problemas familiares.

No observaba tratamiento médico habitual.

La exploración física fue anodina, salvo la constatación de una tumoración palpable en la región inguinal

derecha, móvil y sin signos inflamatorios.

Se le realizó una ecografía en nuestra consulta de atención primaria, objetivando una imagen anecoica con un eje de 3,2 cm, desestructurado y sin flujo (figura 1), planteándose varios diagnósticos diferenciales, siendo la primera hipótesis una adenopatía.

Se realizaron adicionalmente análisis, que revelaron un aumento de beta-2 microglobulina de 2 mg/L, con el resto de los parámetros, incluyendo perfil férrico, LDH, PCR y VSG, dentro de la normalidad.

Se realizó una interconsulta a medicina interna, donde ampliaron el estudio analítico con pruebas serológicas e interferón (QuantIFERON), que resultaron negativas.

Los facultativos internistas solicitaron una tomografía axial computarizada (TAC) en cuyo informe descri-

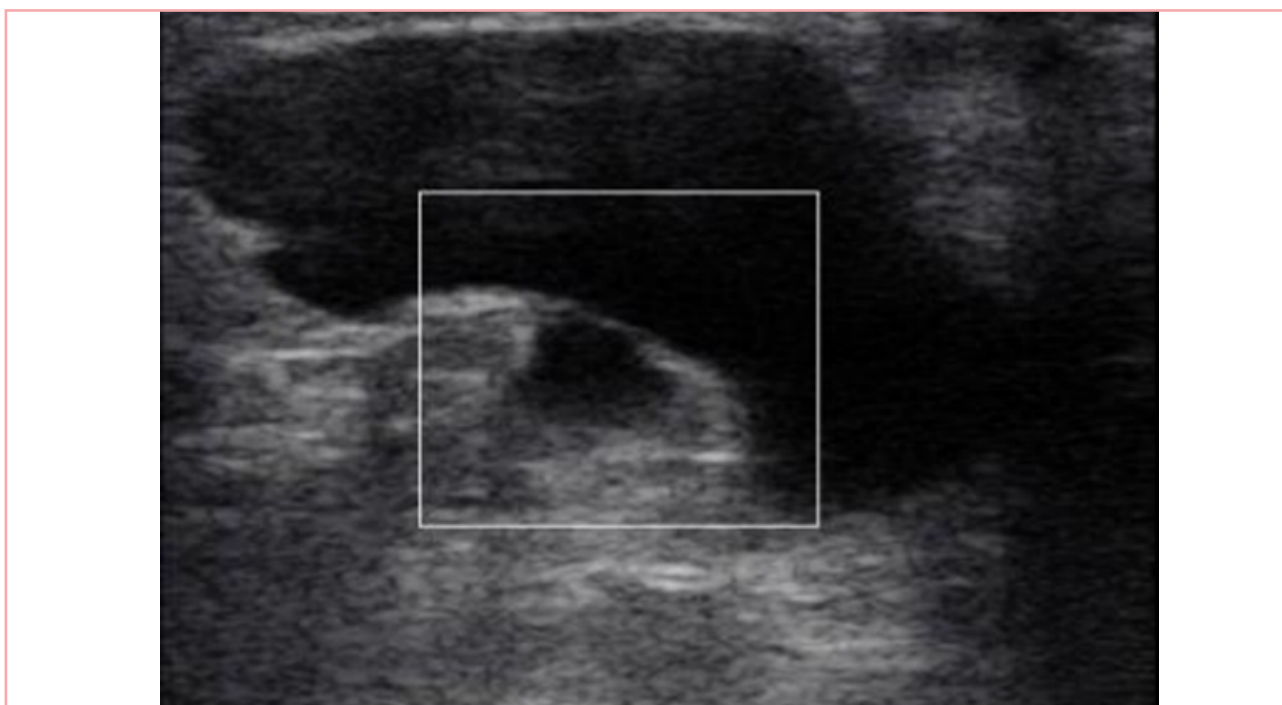


Figura 1. Imagen recogida en consulta de atención primaria mediante ecografía con aspecto de adenopatía con eje

bían una lesión quística simple de 29 mm x 22 mm en el canal inguinal derecho, compatible con un quiste de Nuck.

Dado que la paciente estaba asintomática, se desestimó la opción quirúrgica.

A día de hoy, el tamaño del quiste permanece estable, y la paciente acude a revisiones anualmente.

El quiste de Nuck es un remanente embrionario debido a una obliteración incompleta del proceso vaginal de la mujer en el canal inguinal¹. Fue descrito en 1961 por Anton Nuck². El origen idiopático es el más frecuente³, teniendo una incidencia en torno al 1% en las pacientes pediátricas, resultando excepcional en adultas⁴.

Generalmente, el quiste se oblitera al nacer o durante la infancia temprana; de lo contrario, puede dar lugar a hernias inguinales.

El crecimiento del quiste y los síntomas asociados pueden deberse a un desequilibrio entre la secreción y absorción de líquido por las células mesoteliales del pliegue peritoneal².

Se identifican tres tipos de quistes: a) sin comunicación con la cavidad peritoneal, b) con comunicación directa con dicha cavidad, y c) un tipo en forma de reloj de arena con un quiste proximal comunicado. La presentación clínica típica es una masa inguinal, dolorosa e irreductible, similar a una hernia inguinal.

El diagnóstico diferencial incluye: hernias femorales, lipomas, adenopatías, endometriosis, tumores malignos y benignos o abscesos y, si el quiste se encuentra más próximo al labio vaginal, bartolinitis⁵.

El diagnóstico implica la realización de una ecografía, en la que se aprecian quistes anecoicos o hipoeoicos de menos de 3 cm, localizados en la región inguinal medial al hueso púbico y en un plano superficial y sin señal doppler^{2,5}. La TAC y la resonancia magnética pueden apoyar el diagnóstico⁵.

Ocasionalmente, la confirmación definitiva suele requerir una intervención quirúrgica, especialmente cuando se asocia con hernias inguinales².

Este caso subraya la importancia del uso de la ecografía en atención primaria, para el diagnóstico precoz y diferencial de masas inguinales.

El quiste de Nuck, aunque es raro en adultos, debe estar en la lista del diagnóstico diferencial de masas inguinales.

La práctica de ecografías en atención primaria permite una mejor gestión de los recursos y una atención más eficiente. Ciertamente es que puede ser necesaria

la derivación para pruebas complementarias avanzadas. La familiaridad con esta patología en atención primaria es crucial para su identificación y manejo adecuado.

Declaración de autoría

J. Guinea revisó el caso clínico y realizó la redacción del mismo, así como la búsqueda bibliográfica. J. Iturralde concibió el caso clínico y supervisó todos los aspectos de su realización, y realizó la corrección final del manuscrito.

Financiación

No se ha recibido financiación por este manuscrito.

Conflicto de interés

Declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Santanu S, Soumyajyoti P, et al. Hydrocele of the canal of nuck (female hydrocele): a rare differential for inguino-labial swelling. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2016; 10 (2): 21-22.
2. Fernández RT, Valero LI, Herzog VR, Joleini JS, Salcedo JI, Segura GA. Revisión de masas inguinales. Dos casos de quiste del canal de Nuck. *Euro Eco*. 2012;3(3):77-9.
3. Shadboit CL, Heinze SB, Dietrich RB. Imaging of groin masses: Inguinal anatomy and pathological conditions revisited. *RadioGraphics*. 2001;21:S261-71
4. Poghosyan T, Panzegrau B, Ackerman S. Hydrocele of canal of Nuck. *Appl Radiol*. 2014;43(12):37-8.
5. Cuenca-Gómez C, Larrañaga-Blanc I, Rivero-Déniz J, García-Olivares E, Puértola-Rico N, Rada-Palomino A, et al. Quiste de nuck: reto diagnóstico. *Cir Esp*. 2017;95(Espec Congr):760.
6. Kucera PR, Glazer J. Hydrocele of the canal of Nuck: a report of 4 cases. *J Reprod Med*. 1985;30:439-42.
7. Cubo-Navarro V, Maqueda-Zamora G, García-Lorenzo M, Sierra-Santos L. Quiste de Nuck: la falsa hernia inguinal. *Rev Clin Med Fam*. 2022;1(15).
8. Poenaru D, Jacobs DA, Kamal I. Unusual findings in the inguinal canal: A report of four cases. *Pediatr Surg Int*. 1999;15:515-16
9. Padint SK, Rattan KN, Budhiraja S, Solanki RS. Cystic lymphangioma with special reference to rare sites. *Indian J Pediatr*. 2000;67:339-41