

Quiste de Nuck, una entidad clínica inusual. Informe de un caso y revisión de la literatura

Nuck cyst, an unusual clinical entity. A case report and review of literature

Arturo Jarquín-Arremilla,* Jaime Arón García-Espinoza,* Fabián Tafoya-Ramírez,**
Néstor Alonso Lechuga-García*

Palabras clave:

Quiste de Nuck,
hernia inguinal,
hernia, hidrocele
femenino.

Key words:

Nuck cyst, inguinal
hernia, hernia, female
hydrocele.

RESUMEN

Antecedentes: El quiste de Nuck es una enfermedad debida a la persistencia del proceso vaginalis en la mujer, que produce un quiste que según su relación con la cavidad abdominal se divide en tipo I, II o III, una hernia inguinal o ambos al mismo tiempo. No existen datos epidemiológicos precisos; se cuenta sólo con informes y series de casos, con lo que se establece un cuadro clínico no específico. **Caso clínico:** Mujer de 22 años de edad que presenta una tumoración en la región inguinal derecha compatible con una hernia inguinal; se realizó exploración quirúrgica, con el hallazgo de una tumoración quística de 15 cm de longitud que contenía al ligamento redondo; se estableció, por análisis histopatológico, que se trataba de un quiste mesotelial compatible con un quiste de Nuck tipo II. **Conclusión:** El quiste de Nuck o hidrocele femenino es una entidad de baja frecuencia, con cuadro clínico no específico y presentación no típica, que puede coexistir con hernias de la región inguinal. Su diagnóstico y tratamiento no están bien establecidos por la carencia de estudios; en su diagnóstico, el estudio histopatológico es una herramienta indispensable. Así, el quiste de Nuck debe ser considerado como diagnóstico diferencial en el abordaje de una tumoración de la región inguinal en la mujer.

ABSTRACT

Background: A Nuck cyst is an entity produced by the persistence of the processus vaginalis in women, which causes a cyst that according to its relation to the abdominal cavity can be divided into type I, II or III, an inguinal hernia or both simultaneously. There are no precise epidemiological data, since there are only reports and case series, where a nonspecific clinical picture is concluded. **Case report:** We present a 22-year-old female patient with a right inguinal tumor compatible with a right inguinal hernia; she underwent surgical exploration, with findings of a cystic tumor of 15 cm in length containing the round ligament; the histopathological analysis confirmed it was a mesothelial cyst compatible with a type II Nuck cyst. **Conclusions:** Nuck cyst or female hydrocele is a low incidence entity, with no specific clinical picture and non-typical presentation, that can coexist with hernias of the inguinal region. Its diagnosis and treatment are not well established due to the lack of studies; histopathology is an indispensable tool. Nuck cysts should be considered as a differential diagnosis when addressing a tumor of the inguinal region in women.

ANTECEDENTES

En el siglo XVII, en 1692, el anatomista danés Anton Nuck publicó el documento *Adenographia Curiosa et uteri foeminei anatome nova*, en el que describió por primera ocasión una estructura quística que se extendía hasta los labios mayores en las mujeres. Fue 162 años después, en 1854, que Stanley y Skey describieron con detalle la entidad y la bautizaron con el nombre “quiste de Nuck” en honor a Anton Nuck.¹

El quiste de Nuck es un remanente embrionario producido por falta de obliteración del

proceso vaginalis en la mujer. Esta estructura acompaña al ligamento redondo desde la base de las trompas de Falopio hasta el labio mayor; es una extensión del peritoneo parietal que pasa a través del canal inguinal (canal de Nuck) y normalmente debe obliterarse desde los ocho meses del nacimiento hasta el año de vida.² Si esto no ocurre, puede generar una hernia inguinal y/o un quiste en el peritoneo parietal con epitelio mesotelial.

Existen tres tipos de defectos: tipo I o funcionante, donde hay comunicación directa con la cavidad abdominal y el líquido producido

* Servicio de Cirugía General.

** Servicio de Patología.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, México.

Recibido: 25/05/2017
Aceptado: 25/01/2018

en esta zona se desplaza en la cavidad; el tipo II, donde el conducto proximal se oblitera normalmente pero el distal no, formando así un espacio quístico que crecerá conforme se produzca líquido en su interior; finalmente, el tipo III, también denominado “en reloj de arena”; aquí existen dos quistes: el proximal se comunica con la cavidad abdominal y el distal se encuentra aislado. De todos los tipos de quiste, el tipo I es el que se ha encontrado con más frecuencia en los informes de caso, seguido del tipo II.³

En la actualidad no existe revisión de la literatura o estudios epidemiológicos que comparen tratamientos o corroboren estadísticas fiables de esta entidad; sin embargo, la información con la que se cuenta proviene de informes de caso, series de casos clínicos, descripciones anatómicas y radiológicas. De éstos se ha obtenido que la entidad afecta con mayor frecuencia a mujeres en rangos de edad de los 17 a 74 años; el rango de longitud oscila entre 10 y 110 mm; en el 80% de los casos predomina el lado derecho y hasta 30% de ellos coexiste con una hernia inguinal.⁴ Se desconoce la incidencia mundial de esta enfermedad. En algunas series de casos se han descrito factores desencadenantes de la entidad en la edad adulta, tales como traumatismos en la región inguinal, inflamación local y alteraciones en la reabsorción de líquido peritoneal;⁵ sin embargo, sólo son propuestas, ya que no se cuenta con estudios que comprueben esto.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y puede presentarse como un tumor del labio mayor o inguinal de consistencia blanda y fluctuante, en ocasiones reductible e indoloro⁶ (puede haber dolor en algunos pacientes cuando se asocia con la presencia de endometriosis,⁷ angiomiofibroma⁸ o adenocarcinoma⁹ al interior del quiste), que no desaparece o aumenta de volumen con los cambios de posición o con las maniobras de Valsalva. El abordaje de esta patología aún es discutido, pues no existe una prueba de elección que demuestre superioridad; se hace el diagnóstico definitivo en el transquirúrgico y con el informe histopatológico.¹⁰ El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica de la lesión.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 22 años de edad que niega antecedentes de importancia. Acudió de manera espontánea a la consulta externa del Servicio de Cirugía General por presentar un cuadro sintomático de dos meses de evolución caracterizado por inicio de dolor moderado (EVA 4/10) en la región inguinal derecha, de inicio súbito tipo urgente, acompañado de la aparición de una tumoración inguinal derecha de aproximadamente tres centímetros de diámetro, de consistencia blanda y fluctuante, sin haber presentado otros síntomas.

En la exploración física: paciente femenino de edad aparente a la referida, sin facies característica. A nivel de la región inguinal derecha se observó una tumoración de tres centímetros de diámetro, dolorosa, de consistencia blanda y fluctuante, que no presentaba modificación en sus dimensiones a las maniobras de Valsalva. Como parte del protocolo diagnóstico se realizó un ultrasonido Doppler de la región inguinal que mostró imágenes sugestivas de un pseudoaneurisma de 15 cm de diámetro, de vasos femorales (*Figura 1*). Se solicitó la valoración por el Servicio de Cirugía Vascular, quien emitió el diagnóstico de hernia inguinal con involucro de vasos femorales y reenvió a la paciente al Servicio de Cirugía General. Se practicó exploración del canal inguinal, con los hallazgos de una tumoración quística (*Figura 2*) en forma de reloj de arena (*Figura 3*) con polo superior multilobulado e inferior con un quiste único que terminaba a nivel peritoneal, sin tener comunicación con la

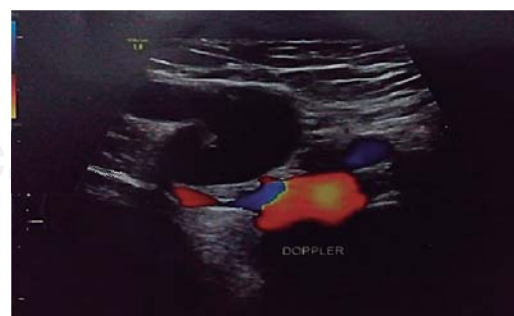


Figura 1. Ultrasonido de la región inguinal con saco quístico e imagen Doppler color.



Figura 2. Hallazgo transquirúrgico de un quiste inguinal.



Figura 3. Quiste en forma de reloj de arena.



Figura 4. Pieza quirúrgica.

cavidad peritoneal y que alojaba al ligamento redondo, de aproximadamente 15 cm de longitud, con contenido líquido transparente. Se envió la pieza quirúrgica (Figura 4) a análisis histopatológico para su diagnóstico, el cual confirmó que se trataba de un quiste mesotelial compatible con hidrocele femenino o quiste de Nuck (Figuras 5 y 6).

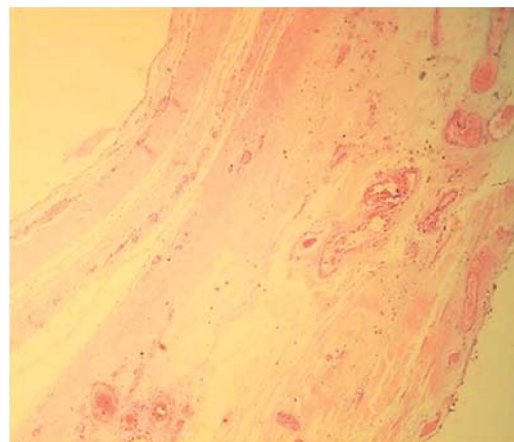


Figura 5. Tinción de hematoxilina-eosina que muestra monocapa de células mesoteliales.

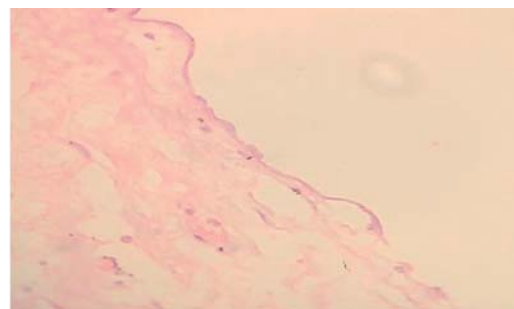


Figura 6. Acercamiento histopatológico.

DISCUSIÓN

El hidrocele femenino o quiste de Nuck es una entidad con una frecuencia extremadamente baja, pero presente como diagnóstico diferencial de masa inguinal, por lo que su abordaje se debe realizar de esta forma. En su revisión sobre el abordaje de masas inguinales, Trigas-Ferrin y sus colaboradores toman en cuenta al quiste de Nuck, ya que en ocasiones puede presentarse coexistiendo con una hernia inguinal¹¹ (Cuadro 1) y, por tanto, éste es el primer diagnóstico diferencial a tomar en cuenta, así como hernias femorales, adenopatías, tumores de partes blandas como lipomas, leiomiomas, abscesos y quistes de Bartolino; incluso, es preciso sospechar si hay una presentación atípica, la presencia de endometriosis en el quiste, así como adenocarcinomas.¹²

Como abordaje inicial para una masa inguinal, el ultrasonido¹³ de la región es la he-

Cuadro I. Diagnóstico diferencial de quiste de Nuck y hernia inguinal.

Síntomas	Hernia inguinal	Quiste de Nuck
Dolor	Indolora o dolor, si se complica	Leve o indolora
Síntomas abdominales	Náusea, vómitos	No
Decúbito dorsal	Presenta cambios (desaparece)	No se modifica
Maniobras de Valsalva	Se modifica	No se modifica

Cuadro II. Diagnóstico diferencial por imagen de ultrasonografía.

Entidad	Características
Quiste de Nuck	- Anecoica, de tamaño variable (10-110 mm) - No reducible - No lo modifican las maniobras de Valsalva - Ausencia de contenido abdominal - Señal Doppler negativa

herramienta más usada en los informes revisados. Se encuentra una masa quística de diferentes formas; sin embargo, el USG no identifica el origen de la masa ni tampoco sus dimensiones.¹⁴ La tomografía computarizada, en cambio, define con precisión el origen de los quistes; sin embargo, por costo y disponibilidad, el ultrasonido continúa siendo la herramienta que se prefiere, porque permite diferenciar entre los posibles diagnósticos de masa inguinal, aunque no existen estudios que demuestren su superioridad (*Cuadro II*). Los informes indican que en la mayor parte de las pacientes se llegó al diagnóstico en el transquirúrgico y después del análisis histopatológico.

El tratamiento en la mayoría de las pacientes fue la extirpación quirúrgica⁶ y, en los casos que así lo requirieran, reconstrucción de los genitales externos;¹⁵ en la década de los años 90, algunos autores usaron la punción de la lesión, con posterior recidiva, por lo que cayó en desuso.

Un punto de gran valor que resalta en la inmensa mayoría de los informes y series de casos es el envío de las piezas quirúrgicas a análisis histopatológico para confirmar el diagnóstico y descartar otras entidades que extraordinariamente pueden coexistir con el quiste de Nuck.¹⁶

CONCLUSIÓN

A pesar de la baja frecuencia de la enfermedad, el quiste de Nuck debe ser tomado en cuenta como diagnóstico diferencial en el abordaje de una masa inguinal en las mujeres, no sólo por ser un posible diagnóstico, sino porque en algunas ocasiones coexiste con hernias de la región inguinal. No hay un consenso en el uso de auxiliares diagnósticos, por lo que más estudios son necesarios para demostrar una superioridad; el ultrasonido es el más utilizado, por su fácil acceso en la mayoría de los centros hospitalarios y su bajo costo. El tratamiento es, en todos los casos, la extirpación por medio de cirugía, con envío de la pieza quirúrgica a estudio histopatológico para confirmar, en primera instancia, la enfermedad y, en segundo lugar, descartar entidades extraordinarias como endometriosis o adenocarcinomas del quiste. El conocimiento de esta entidad es indispensable, ya que forma parte de los posibles diagnósticos diferenciales al abordar una masa inguinal.

REFERENCIAS

1. Garteiz MD, Nieto GS, Bravo TC, Weber SA. Quiste del canal de Nuck asociado con hernia inguinal recurrente. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; 81: 52-56.
2. Schneider CA, Festa S, Spillert CR, Bruce CJ, Lazaro EJ. Hydrocele of the canal of Nuck. *N J Med*. 1994; 91: 37-38.
3. Bhosale PR, Patnana M, Viswanathan C, Szklaruk J. The inguinal canal: anatomy and imaging features of common and uncommon masses. *Radiographics*. 2008; 28: 819-835.
4. Núñez J, Núñez L, Delgado M, González A. Quiste del conducto de Nuck: una patología vulvar poco frecuente. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006; 66: 43-45.
5. Trigas M, Ferreira L. Diagnóstico de masa inguinal, más allá de la hernia inguinal. *Galicia Clin*. 2012; 73: 175-177.
6. Yen CF, Wang CJ, Chang PC, Lee CL, Soong YK. Concomitant closure of patent canal of Nuck during laparoscopic surgery: case report. *Hum Reprod*. 2001; 16: 357-359.

7. Cervini P, Mahoney J, Wu L. Endometriosis in the canal of Nuck: atypical manifestations in an unusual location. *AJR Am J Roentgenol.* 2005; 185: 284-285.
8. Laskin WB, Fetsch JF, Tavassoli FA. Angiomyofibroblastoma of the female genital tract: analysis of 17 cases including a lipomatous variant. *Hum Pathol.* 1997; 28: 1046-1055.
9. Mesko JD, Gates H, McDonald TW, Youmans R, Lewis J. Clear cell adenocarcinoma of the vulva arising in endometriosis: a case report. *Gynecol Oncol.* 1988; 29: 385-391.
10. Caviezel A, Montet X, Schwartz J, Egger JF, Iselin CE. Female hidrocele: the cyst of Nuck. *Urol Int.* 2009; 82: 242-245.
11. Coley WB. Hydrocele in the female (with a report of fourteen cases). *Ann Surg.* 1892; 16: 42-59.
12. Sun CC, Toker C, Masi JD, Elias EG. Primary low grade adenocarcinoma occurring in the inguinal region. *Cancer.* 1979; 44: 340-345.
13. Stickel WH, Manner M. Female hydrocele (cyst of the canal of Nuck). Sonographic appearance of a rare and little-known disorder. *J Ultrasound Med.* 2004; 23: 429-432.
14. Rathaus V, Konen O, Shapiro M, Lazar L, Grunebaum M, Werner M. Ultrasound features of spermatic cord hydroceles in children. *Br J Radiol.* 2001; 74: 818-820.
15. Yen CF, Wang CJ, Lin SL, Chang PC, Lee CL, Soong YK. Laparoscopic closure of patent canal of Nuck for female indirect inguinal hernia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001; 8: 143-146.
16. Russell JC. Laparoscopic closure of patent canal of Nuck for female indirect inguinal hernia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001; 8: 10-11.

Correspondencia:**Dr. Jaime Aron García Espinoza**Calle Aldama sin número, paraje El Tule
San Bartolo Coyotepec Oaxaca,
71256, México.

Tel: 951 8080501

E-mail: jaime_506@yahoo.com.mx