

Quiste de Nuck. Reporte de dos casos

Carlos Chon Ávila,* Ulises Rodríguez-Wong,** José Santamaría Aguirre,* Armando Basilio Roque,* Norberto Hernández Martínez,* Martín Chon Ávila,*** Marisol L. Vargas Contreras****

RESUMEN

El llamado quiste de Nuck es consecuencia de una hernia inguinal congénita producto de su persistencia. Mientras en el hombre este proceso puede originar pequeños quistes que posteriormente formen el hidrocele en el escroto, en la mujer la túnica vaginalis puede originar en el denominado "canal de Nuck" el hidrocele o quiste del conducto de Nuck. Se reporta el seguimiento de dos casos ilustrativos de pacientes femeninos con quiste de Nuck.

Palabras clave: Hidrocele, quiste de Nuck, hernia inguinal.

ABSTRACT

The so called cyst of Nuck is consequence of a congenital inguinal hernia product of its persistence. While in the man this process can originate small cysts that later form hydrocele in scrotum, in the woman the vaginalis tunic can originate in the denominated "channel of Nuck" hydrocele or cyst of the conduit of Nuck. The pursuit of two illustrative cases of feminine patients with cyst of Nuck is reported.

Key words: Hydrocele, cyst of Nuck, inguinal hernia.

INTRODUCCIÓN

Embriológicamente, el *gubernaculum*, también conocido como ligamento redondo en la mujer, es integrado al útero cercano al origen de la trompa de Falopio. La parte craneal del *gubernaculum* se vuelve el ligamento ovárico y la caudal forma el ligamento redondo del útero.¹ El proceso vaginalis es una evaginación del peritoneo parietal y acompaña al ligamento redondo a través del anillo inguinal hacia el canal inguinal.^{2,3} El ligamento redondo se extiende desde el útero, a través del anillo interno, canal inguinal y anillo externo para alcanzar la inserción de los músculos de la pared abdominal o el tejido graso del monte pubiano.¹

La persistencia del proceso o túnica vaginal da como resultado una hernia inguinal congénita. En el hombre la obliteración proximal parcial del proceso o túnica vaginalis puede originar potencialmente la aparición de pequeños quistes distales y que posteriormente con la acumulación de líquido se forme el hidrocele en el escroto. La contraparte en la mujer, se denomina "canal de Nuck" y la formación de un quiste en dicho con-

ducto se denomina, quiste o hidrocele del canal o conducto de Nuck (Fig. 1).^{4,5}

CASO 1

Mujer de 65 años, GVII-PVII, sin antecedentes crónicos degenerativos, quirúrgicos ni traumáticos, inicia hace 2 años al presentar tumor en región inguino vulvar del lado izquierdo 4 x 6 cm de crecimiento progresivo, indolora, no se modificaba con los esfuerzos, ocho días previos a su ingreso presenta aumento del dolor local y del tamaño por lo que acude a valoración. A la EF TA 100/70, FC 88X', FR 20X', cardiopulmonar sin compromiso, tumor en región inguino vulvar izquierda de 6 cm de diámetro, renitente, doloroso a la palpación, no móvil, no reductible y aparentemente no protruye a través de orificio inguinal profundo con maniobra de Valsalva, abdomen sin datos de irritación peritoneal. Citometría, química sanguínea, radiografía simple de abdomen sin patología aparente. La paciente persiste con dolor por lo que se decide su exploración quirúrgica encontrando un tumor quístico de 5 cm de diámetro dependiente del ligamento redondo

* Residente de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

*** Médico interno, Hospital Juárez de México.

**** Médico General.

dentro del canal inguinal y llegando a región vulvar; se acompañaba de hernia inguinal indirecta. Fue manejada con excéresis del tumor y plastía inguinal tipo McVay, se envía pieza a patología con reporte macroscópico de tumor de quístico que mide 9 x 3 x 2 cm, alargado, superficie externa café obscura, anfractuosa; superficie interna es lisa café claro, biloculada (Fig. 1). Microscópicamente se identifica pared quística fibrosa con focos de hemorragia y de infiltración linfoplasmocitaria, pequeños grupos de histiocitos espumosos de localización subepitelial. La superficie interna es revestida por epitelio cúbico o cilíndrico simple con pequeñas áreas estratificadas; el diagnóstico histopatológico fue quiste simple con hemorragia reciente y reacción inflamatoria crónica xantomatosa, compatible con quiste de Nuck (Fig. 2).

CASO 2

Femenino 58 años, GIX-PVIII-AI, diabética de reciente diagnóstico sin control farmacológico, resto de antecedentes negados. Refiere diagnóstico de hernia inguinal izquierda de un año de evolución. Tres días antes de su ingreso presenta dolor localizado en tumor de región inguinal izquierda acompañado de cambios de coloración y aumento localizado de temperatura, niega fiebre o datos de oclusión intestinal. Se valora en el Servicio de Urgencias de este Hospital donde se ingresa con diagnóstico de hernia inguinal encarcelada. EF: TA 110/7 mmHg, FC 80X', FR 20X', temp 37 °C, hidratada, cardiopulmonar normal, abdomen sin alteraciones; se observa tumor en



Figura 1. Imagen macroscópica de tumor quístico sobre ligamento redondo (Quiste del canal de Nuck).

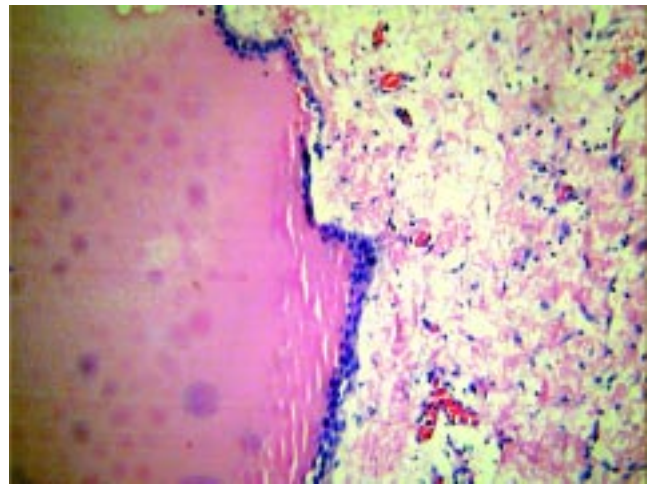


Figura 2. Imagen microscópica de quiste del canal de Nuck (pared quística con focos de hemorragia e infiltración linfoplasmocitaria, histiocitos espumosos de localización subepitelial). Diagnóstico histopatológico: quiste simple con hemorragia reciente y reacción inflamatoria crónica xantomatosa.

región inguino vulvar de 7 cm de diámetro consistencia renitente, doloroso a la palpación, no reductible y ocupa todo el canal inguinal hasta región vulvar, no se modifica con la maniobra de Valsalva. Citometría, química sanguínea y tiempos de coagulación sin alteraciones, radiografías simples de abdomen sin alteraciones, se solicita USG que reporta líquido libre en cavidad escaso y quiste complejo en región inguinal. Persiste con dolor y se decide exploración quirúrgica realizando abordaje inguinal con hallazgo de tumor quístico multilobulado de 8 cm de diámetro aproximadamente que ocupa todo el canal inguinal y se extiende sobre el ligamento redondo; se realiza excéresis incluyendo ligamento redondo; se revisa orificio inguinal profundo y piso inguinal sin evidencia de hernia agregada; se envía pieza a patología, la cual reporta tumor de 11 x 4 cm de superficie externa anfractuosa, café claro, cubierto por tejido adiposo y áreas hemorrágicas, consistencia ahulado, con formación nodular bien delimitada de 2 x 2 cm que al corte muestra cuatro cavidades irregulares, la mayor de 2 cm con superficie interna anfractuosa, café amarillenta (Fig. 3). Microscópicamente se observa pared fibrosa con extensas áreas de fibrosis y degeneración hialina, en su espesor múltiples focos de infiltración plasmocitaria con polimorfonucleares, neutrófilos y eosinófilos, necrosis coagulativa y formación de micro abscesos en el tejido fibroadiposo adherido a la superficie externa, con diagnóstico histopatológico de quiste multiloculado con inflamación crónica activa, necrosis focal y formación de micro abs-



Figura 3. Imagen macroscópica de tumor quístico en ligamento redondo. Caso 2 (quiste de canal de Nuck).

cesos compatible con quiste de Nuck (Fig. 4). Paciente que evoluciona en postoperatorio y consulta de seguimiento a tres meses de forma satisfactoria y sin recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN

El quiste del canal o conducto de Nuck es una entidad clínica poco frecuente; sin embargo, debe ser considerada por el cirujano general realizando diagnósticos diferenciales principalmente con hernia inguinal indirecta no reductible, lipoma, fibroma, leiomioma, sarcoma, endometrioma del ligamento redondo, linfadenopatía inguinal, neuroma, quiste epidermal,^{1,6} aneurisma de la arteria femoral o abscesos fríos de tuberculosis vertebral.⁷

La formación de hidrocele en la mujer puede ocurrir debido a dos mecanismos:

1. Persistencia del proceso o túnica vaginal permitiendo una comunicación directa con la cavidad peritoneal, análogo al hidrocele completo congénito en el hombre.⁸
2. Sección aislada del peritoneo a lo largo del curso del ligamento redondo caracterizada por una sobre secreción o absorción disminuida, que al obliterarse causa una acumulación excesiva del líquido originando el hidrocele.³

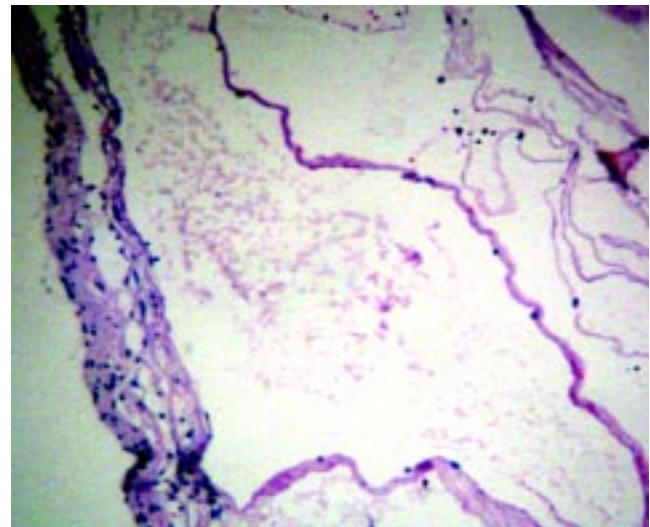


Figura 4. Imagen microscópica del caso 2. Diagnóstico histopatológico de quiste multiloculado con inflamación crónica activa, necrosis focal y formación de microabscesos.

El diagnóstico implica un reto al cirujano general dada la poca frecuencia y conocimiento escaso de esta patología; sin embargo encontramos diferencias clínicas como la transluminación presente y dolor ausente o escaso que orientan al clínico a la presencia del quiste de Nuck en lugar de la hernia inguinal. Los estudios complementarios que orientan el diagnóstico son el ultrasonido,^{6,7,9} de especial utilidad para identificar tumores quísticos y la resonancia magnética.⁹ En el estudio histopatológico se identifican una piel constituida por epitelio pavimentoso estratificado, queratinizado con hiperqueratosis focal, papilomatosis leve e hiperpigmentación de la basal. Escaso infiltrado linfo-plasmocitario subepitelial.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la extirpación quirúrgica ya sea por vía inguinal o laparoscópica; de ser necesario se realiza la reconstrucción de los labios, especialmente el menor, con el objeto de evitar problemas sexuales posteriores como dispareunia. Una tercera parte de los pacientes con quiste de Nuck se acompañan de hernias inguinales,^{3,10} en cuyo caso deberá realizarse además de la excéresis del quiste la plastía inguinal que se prefiera según el caso específico.¹¹

REFERENCIAS

1. Anderson CC, Broadie TA, Mackey JE, Kopecky KK. Hydrocele of the canal of Nuck: ultrasound appearance. *Am Surg* 1995; 61(11): 959-61.
2. Attah AA, Hutson JM. The anatomy of the female gubernaculum different from the male. *Aust N Z J Surg* 1991; 61: 380-4.



3. Kucera PR, Glazer J. Hydrocele of the canal of Nuck: A report of four cases. *J Reprod Med* 1985; 30: 439-42.
4. Moore KL. *The developing human: Clinically oriented embryology*. 3th Ed. Filadelfia: WB Saunders; 1982.
5. Núñez JT, et al. Quieste del conducto de Nuck: Una patología vulvar poco frecuente. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2006; 66(1): 43-5.
6. Miklos JR, Karma MM, Silver E, Reid R. Hydrocele of the canal of Nuck *Obstet Gynecol* 1995; 5(2): 884-5.
7. Dawam D, Kanu P. Giant hydrocele of the canal of Nuck. *Br J Urol* 1998; 81: 636.
8. Counseller VS, Black BM. Hydrocele of the canal of Nuck: A report of seventeen cases. *Ann Surg* 1941; 113: 625-30.
9. Park SJ, Lee HK, Hong HS, Kim HC, Park JS, Shin EJ. Hydrocele of the canal of Nuck in a girl: ultrasound and MR appearance. *Br J Radiol* 2004; 77(915): 243-4.
10. Block RE. Hydrocele of the canal of Nuck: A report of five cases. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 464-6.
11. Yuksel KZ, Senoglu M, Yuksel M, Ozkan KU. Hydrocele of the canal of Nuck as a result of a rare ventriculoperitoneal shunt complication. *Pediatr Neurosurg* 2006; 42: 193-6.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Carlos Chon Ávila
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, México, D.F.