



Clínica cotidiana

Quiste de Nuck: ese diagnóstico no tan conocido

Emérito Peramato Martín^a, Manuel Jesús Luengo Martín^b, Elpidio García Ramón^{c,*}, Yolanda Granja Garran^d, Nerea García Granja^e, Ángel Alberto Peramato González^f

^aCentro de Salud Benavente Norte. Benavente (Zamora). ^bCentro de Salud de Guijuelo. Salamanca. ^cCentro de Salud Valladolid Oeste. Valladolid. ^dCentro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^eCentro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. ^fFisioterapeuta. Benavente. (Zamora).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de julio de 2022

Aceptado el 29 de febrero de 2024

On-line el 28 de marzo de 2024

Palabras clave:

Quiste de Nuck

Hidrocele femenino

R E S U M E N

El quiste de Nuck es el equivalente del hidrocele en mujeres. Debemos tener en cuenta este diagnóstico en toda lesión asociada a patología inguinal en mujeres.

Se trata de una anomalía congénita producida por la persistencia del *proceso vaginalis*. Este procede del peritoneo parietal, que acompaña al ligamento redondo dentro del canal inguinal de la mujer y queda sin obliterar.

Es una entidad muy poco frecuente. Puede confundirse con una hernia inguinal, adenomegalias, patología vascular, patología tumoral...

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Nuck's cyst: this diagnosis is not well-known

A B S T R A C T

Nuck's cyst is the equivalent of a hydrocele in women. We must consider this diagnosis in all injuries associated with inguinal pathology in women.

It is a congenital anomaly produced by the persistence of the *processus vaginalis*. It comes from the parietal peritoneum that accompanies the round ligament within the inguinal canal of women and remains unobliterated.

It is a very rare entity and can cause confusion with inguinal hernia, lymphadenopathy, vascular pathology, tumor...

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 38 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a nuestra consulta por haberse notado casualmente una masa en la región inguinal baja, hacia

la vulva; solo la aprecia en bipedestación o erguida. Desaparece con el decúbito supino. Es dolorosa con la palpación, pero no espontáneamente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com (E. García Ramón).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.010>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Durante la exploración en posición erguida, se palpa una masa fluctuante, de consistencia elástica e irreductible. En decúbito supino no se aprecia espontáneamente ni con maniobras de Valsalva.

En un principio dudamos de si se trata de una hernia inguinal no reductible, pero nos extraña el comportamiento clínico no doloroso, que desaparezca en decúbito supino y no reaparezca con maniobras de Valsalva.

Ante la duda, procedemos a realizar una exploración ecográfica de la región inguinal. En la ingle derecha (figura 1), medialmente a los vasos femorales, observamos una imagen quística bien definida, de 25 mm de diámetro máximo, compatible con un quiste de Nuck. Con el *doppler color* no muestra vascularización. Repetimos la exploración en bipedestación y observamos otra imagen quística adyacente y por encima de la anterior, que se afila en las porciones profundas hacia el peritoneo, lo cual nos confirma el diagnóstico de quiste de Nuck con morfología de reloj de arena (quiste de Nuck tipo 3) (figura 2).

Comentarios

Este quiste fue descrito por primera vez en el siglo XVI por el anatomista holandés Anton Nuck van Leiden.

Se manifiesta como una masa en la ingle, indolora o ligeramente dolorosa e irreductible; a veces migra al labio mayor y se puede confundir con una balanitis. La primera impresión es la de una hernia inguinal indirecta.

Según su morfología se han descrito tres tipos:

- Tipo 1. Es el más frecuente. Es un quiste sin comunicación con la cavidad peritoneal; es el equivalente al quiste del cordón espermático en los varones.
- Tipo 2. Existe comunicación directa con la cavidad peritoneal.
- Tipo 3. También llamado en reloj de arena, se compone de dos quistes: el más proximal comunica con la cavidad peritoneal; el más distal está aislado.

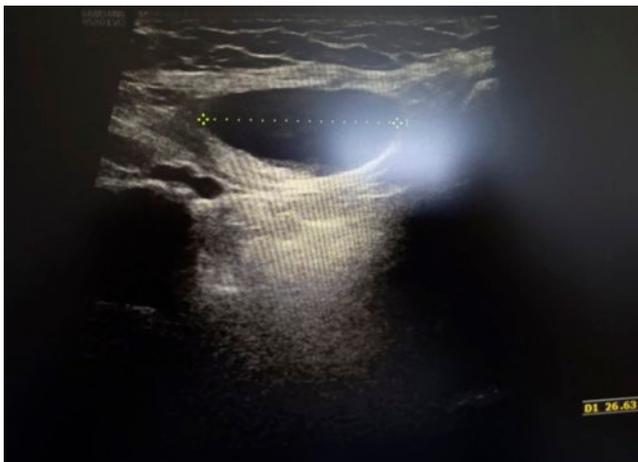


Figura 1

El diagnóstico se hace mediante exploración ecográfica, aunque el definitivo es el histológico. En nuestro caso, la imagen ecográfica definió un quiste de Nuck tipo 3 o en reloj de arena.

El tratamiento es quirúrgico. Consiste en la escisión del quiste y del ligamento del *proceso vaginalis*.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dávila Arias C, Núñez Delgado Y, Eisman Hidalgo M, García Villanova Ruíz P. Quiste del canal de Nuck, a propósito de un caso. *Clin Investig Ginecol Obstet*. 2021; 48(1): 33-5.
2. Monreal R, Fuertes Fernández I, Ostiz Zubieta S, Garatea Aznar P, Jerez Oliveros JJ, Sánchez Rodríguez C. *Congres SERAM 2014*. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0649>
3. Crespí Mir A, Lozano Salvá L, Sánchez López A, Muñoz Pérez JM, De la Llave Serralvo A, Pallisera Lloveras A, et al. Quiste de Nuck en el diagnóstico diferencial de la hernia inguino-crural. *Comunicación 30 Congreso Nacional de Cirugía*. Madrid, 10-13 noviembre 2014.
4. Jarquín-Arremilla A, García Espinosa JA, Tafuya-Ramírez F, Lechuga-García NA. Quiste de Nuck, una entidad clínica inusual. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Cirujano General*. 2018; 40(1): 38-42.
5. Cubo-Navarro V, Maqueda Zamora G, García Lorenzo M, Sierra Santos L. Quiste del canal de Nuck: La falsa hernia inguinal. *Rev Clin Med Fam*. 2022; 15(1): 57-9.
6. Cuenca-Gómez C, Larrañaga-Blanc I, Rivero Deniz J, García Olivares E, Puértola-Rico M, Roda Palomino A, et al. Quiste de Nuck: un reto diagnóstico. *Cir Esp*. 2017; 95(Esp Congr): 760.
7. Gallego Riol M, Leal Cala M, Rebolledo Vicente M, Sánchez Paré DE, López Moreno A, Lojo Lendoiro S. Quiste de Nuck: un diagnóstico que nos hace pensar. Póster XVI Congreso de la Sociedad Española de diagnóstico por imagen del abdomen. Sevilla 6-7 octubre 2016.

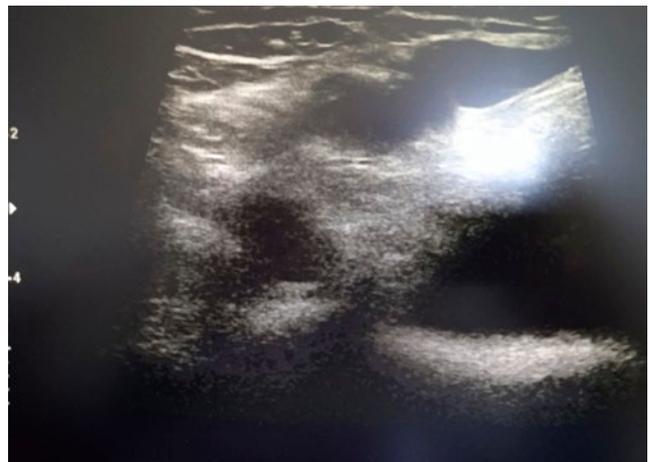


Figura 2