



Artículo de reporte de casos

Quiste de nuck como diagnóstico diferencial de hernia femoral o inguinal incarcerada

The cyst of the canal of nuck as a differential diagnosis of femoral or inguinal incarcerated hernia

Jéshua Wandherley Dos
santos Ramírez MD^a

^a Cirugía General. Hospital de Joyabaj, Quiche, Guatemala.

RESUMEN

Introducción: el quiste de Nuck es una patología inusual de incidencia baja y desconocida. Se debe a la persistencia del proceso vaginalis en la mujer, por ende se considera una anomalía congénita. Consiste en peritoneo parietal que acompaña al ligamento redondo dentro del canal inguinal. Su equivalente en hombres es el hidrocele comunicante. **Objetivo:** presentar esta patología poco frecuente en la mujer adulta y resaltar su importancia como diagnóstico diferencial con la hernia inguinal o femoral incarcerada. **Presentación del caso:** paciente con sospecha de quiste de Nuck por clínica y ultrasonido, intervenida quirúrgicamente confirmando el quiste, el cual es enviado a patología. Se hace seguimiento por consulta externa con evolución adecuada. **Discusión:** es una entidad poco frecuente y conocer su existencia puede facilitar el manejo perioperatorio de estos casos y evitar la confusión con hernia inguinal incarcerada. **Conclusión:** si bien es cierto que algunos casos se asocian con hernia femoral o inguinal concomitante, en muchos se presenta aislado.

Palabras clave: quiste de Nuck, hernia inguinal incarcerada, persistencia del proceso vaginalis, diagnóstico diferencial.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: 12 de noviembre 2024
Fecha aceptado: 02 de julio 2025

Autor para correspondencia.

Dr. Jéshua Dos santos Ramírez
jeshuadossantos@gmail.com

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1687

Citar este artículo así: Dos santos Ramírez JW. Quiste de nuck como diagnóstico diferencial de hernia femoral o inguinal incarcerada. Repert Med Cir. <https://doi.org/10.31260/Repert Med Cir.01217372.1687>

ABSTRACT

Introduction: the cyst of the canal of Nuck is an unusual entity of low and unknown incidence. Its origin is a persistent vaginalis process in females thus it is considered a congenital anomaly. It consists of parietal peritoneum accompanying the round ligament within the inguinal canal. Its equivalent in males is a communicating hydrocele. *Objective:* to present this rare condition in adult women and highlight its importance as a differential diagnosis with an incarcerated inguinal or femoral hernia. *Case:* a female patient with a suspected cyst of the canal of Nuck by clinical and ultrasound findings, who underwent surgery, confirming the cyst by pathology examination. Follow-up at the outpatient clinic evidenced adequate progression. *Discussion:* it is a rare condition and being aware of its existence can facilitate perioperative management of these cases preventing confusion with an incarcerated inguinal hernia. *Conclusion:* while it is true that some cases can be associated with femoral or inguinal hernias, it usually presents as a standalone condition.

Key words: cyst of the canal of Nuck, incarcerated inguinal hernia, persistent vaginal process, differential diagnosis.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El quiste de Nuck es una patología poco común. La incidencia es desconocida debido a los pocos casos documentados en la literatura actual.¹⁻⁶ Hasta 2020 se habían reportado 52 casos registrados en la literatura.⁵ Su etiología se debe a la persistencia congénita del proceso vaginalis exclusivo de la mujer⁶⁻⁹, que consiste en peritoneo parietal que acompaña al ligamento redondo dentro del canal inguinal, causando engrosamiento y acumulación de líquido en su interior, lo que en cirugía se observa como un quiste y algunos autores mencionan que es paralelo al hidrocele comunicante que en el varón es una patología bien conocida.^{2,8,9}

No todos los casos se asocian con hernia inguinal o femoral, pero es común encontrarlos concomitantes; el diagnóstico es muchas veces confuso ya que el quiste al ser indurado sugiere una hernia femoral o inguinal incarcerada, ya que estos quistes debido al gran tamaño que adquieren no reducen.^{1,2,5,8}

El diagnóstico definitivo es histopatológico⁷, pero existen medidas diagnósticas que se pueden tomar para evitar errores. El útil ultrasonido no siempre se lleva a cabo debido a que la hernia incarcerada se considera una emergencia quirúrgica por el riesgo de perforación del contenido herniario. Cuando el cirujano no tiene la sospecha clínica este procedimiento no se realiza, lo que conduce a que los casos no sean diagnosticados antes de la intervención y por lo tanto no se documentan.^{1,2,4}

Al ser poco frecuente no existen protocolos de manejo, por lo que se revisó la información disponible en la literatura actual y la experiencia de otros autores para recomendar una serie de pautas que se pueden tener en cuenta al enfrentarse con una paciente con sospecha de esta patología. *Objetivo:* presentar esta patología poco frecuente en la mujer adulta y resaltar su importancia como diagnóstico diferencial de la hernia inguinal o femoral incarcerada, para facilitar el diagnóstico y manejo perioperatorio en casos futuros.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 44 años que consultó por dolor en la región inguinal derecha de 10 meses de evolución, sin síntomas asociados, náuseas o vómito, el hábito intestinal era normal. Como antecedente informó la reparación de una hernia inguinal 2 años antes. A la evaluación los signos vitales eran normales, presentaba masa en región inguinal derecha no reducible de 3 cm de diámetro, sin defectos de la pared abdominal ni cambio de la coloración en la piel. A la auscultación de la masa no se encontraron ruidos intestinales y la transiluminación fue positiva. Paciente con estabilidad hemodinámica, ausencia de leucocitosis o signos de respuesta inflamatoria sistémica, el abdomen no reveló signos de irritación peritoneal. Debido a estos datos

se decidió retardar el tratamiento quirúrgico y solicitar ultrasonido inguinal. El reporte indicó imagen quística de 7.6x 3.6x 6.8 cms con volumen de 96 cc y defecto herniario inguinal de 1.4 cm, sin evidencia de material protésico, con imagen anecogénica en forma de coma, con la porción corta en relación con la cavidad abdominal (**figura 1**).

Se decidió llevarla a cirugía. La incisión inguinal oblicua evidenció una estructura sacular de 7x 4x 3 cms, con líquido seroso en su interior +/-100 cc. (**figura 2**). Estaba asociada

con hernia femoral derecha que contenía omento con defecto de +/- 15 mm de diámetro. Se resecó el quiste con ligadura alta del saco y se practicó hernioplastia femoral derecha tipo *plug* en forma de cono. Se envió el segmento resecado a patología que informó quiste sin atipia ni malignidad compatible por su localización anatómica con quiste del canal de Nuck. Se hace seguimiento posoperatorio y se da alta en 48 horas.



Figura 1. El ultrasonido muestra la imagen clásica en forma de coma, con la porción corta orientada hacia la cavidad abdominal, que no se modifica con maniobras de Valsalva ni cambios posturales, sin flujo vascular en el Doppler color. Fuente: el autor.



Figura 2. Cirugía realizada en el Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché, Guatemala. A) Quiste de Nuck visualizado tras procedimiento. B) Quiste resecado. Fuente: el autor.

DISCUSIÓN

El quiste de Nuck también llamado hidrocele de Nuck es una patología inusual y existen pocos casos descritos. Es una invaginación del peritoneo parietal dentro del

canal inguinal que en este caso se acompañó del ligamento redondo.¹⁻³ A este proceso vaginal se le denomina canal de Nuck y de ahí adquiere la patología su nombre.

El canal al igual que en el varón, debería cerrarse de manera espontánea en los primeros dos años de vida, cuando esto no sucede o se da de forma incompleta causa una comunicación anormal entre el peritoneo y los labios mayores que puede resultar en una acumulación de líquido seroso que se conoce como quiste de Nuck.² De los pocos casos presentados la mayoría suele diagnosticarse durante la infancia.⁸ El diagnóstico es difícil ya que muchas veces es asintomático o presenta poca sintomatología. Se ha reportado que se caracteriza por el comportamiento clínico no doloroso, que desaparece en decúbito supino y no reaparece con maniobras de Valsalva.⁷

A diferencia de la hernia incarcerada el quiste no causa síntomas gastrointestinales como náuseas, vómito o estreñimiento. Si bien las pacientes algunas veces refieren dolor en la región inguinal, no se presentan signos de irritación abdominal o sistémicos como fiebre y leucocitosis, pero debido a la baja incidencia el diagnóstico preoperatorio es erróneo calificándose de hernia incarcerada y es en el transoperatorio cuando se hace.^{2,4,8,9}

Ante la sospecha clínica y sin señales de alarma, es primordial realizar estudios de imagen como la ecografía que orienta al diagnóstico.^{5,7,9} El tratamiento quirúrgico⁵ es sencillo y consiste en la resección del quiste con ligadura del cuello del proceso vaginal, la mayoría de los casos reportados son abordados por vía inguinal con incisiones cercanas al quiste.¹

CONCLUSIONES

El quiste de Nuck es una patología inusual con pocos casos descritos en mujeres adultas. Por lo regular es asintomático lo que dificulta el diagnóstico. Es referido como tumoración palpable, dolorosa, de crecimiento progresivo observándose como una masa de consistencia blanda, con transluminación positiva y no reducible. No presenta síntomas gastrointestinales. Ante su sospecha se debe solicitar estudio de imagen, en especial ultrasonido y su diagnóstico se confirma por histología. El tratamiento es la resección del quiste con ligadura alta y si existe hernia concomitante, reparación de esta.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El autor informa que el Hospital de Joyabaj, es un hospital pequeño de una zona rural de Guatemala con alta pobreza. Por lo tanto, no cuenta con un comité de ética.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE FINANCIACIÓN

No se recibió ninguna financiación por este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Cubo-Navarro V, Maqueda-Zamora G, García-Lorenzo M, Sierra-Santos L. Quiste de Nuck. La falsa hernia inguinal. *Rev Clín Med Fam.* 2022;15(2):57-59.
2. Markinez Gordobil I, Garnateo Nicolás F, García Fernández M, Domínguez Franjo FM, Irureta Urretabizkaia I, Reka Mediavilla L. Quiste del canal de Nuck. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Gac Med Bilbao.* 2014;111(1):18-21.
3. Jarquín-Arremilla A, García-Espinoza JA, Tafoya-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.
4. Pereyra-Talamantes A, Rodríguez-Silverio JE, Gallaga-Rojas MA, Vergara-Tamayo EA, Pérez-Morales O, De Alba-González BC. Quiste de Nuck resuelto por cirugía laparoscópica: reporte de caso clínico. *Rev Mex Cir Endoscop.* 2022;23(3-4):99-102. <https://dx.doi.org/10.35366/110664>
5. De la Vega González FJ, Lanzagorta Ortega D, Fernández López LJ, Santín Rivero J. Quiste de Nuck: no tan raro como pensamos. *An Med (Mex)* 2020;65(2):144-147.
6. Dávila Arias C, Núñez Delgado Y, Eisman Hidalgo M, García-Villanova Ruiz P. Quiste del canal de Nuck, a propósito de un caso. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 2021;48(1):33-35. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.03.002>
7. Peramata Martín E, Luengo Martín MJ, García Ramón E, Granja Garran Y, García Granja N, Peramato González ÁA. Quiste de Nuck: este diagnóstico no tan conocido. *Med Gen Fam.* 2024;13(1):42-43. <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.010>
8. Reyes-Sarmiento M, Sierra-Gutierrez N, García-Agudelo L. Quiste de Nuck, un hallazgo infrecuente en la mujer adulta. Reporte de caso. *Rev Cir.* 2025;77(1):10-113. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920250012436>
9. Javier Guinea-Castañares, Jesús-María Iturralde-Iriso. Quiste de Nuck a propósito de un caso. *Gac Méd Bilbao.* 2024;121(1):70-72.