



**Código: 6/236**

**Título: NO SIEMPRE SE TRATA DE LO MAS FRECUENTE**

**Autores:**

1. Carlos Sánchez Sánchez. C.S. Virgen del Gavellar. Úbeda.
2. Patricia Delgado Bayona. C.S. Virgen del Gavellar. Úbeda.
3. Cynthia Morgado Tasé. C.S. Virgen del Gavellar. Úbeda.

## Caso Clínico

**Ámbito del caso:** Atención Primaria-Hospitalaria.

**Motivos de consulta:** Bultoma en ingle izquierda.

**Historia clínica:** Bultoma en ingle izquierda de seis meses de evolución.

**Enfoque individual:**

Mujer de 68 años con AP de Insuficiencia venosa crónica, dislipemia y diverticulosis colónica. En tratamiento habitual con Simvastatina 20mg al día y Rifaximina 400mg durante 7 días al mes.

- Refiere bultoma en zona inguinal izquierda de seis meses de evolución que ha ido aumentando de tamaño de forma progresiva y ocasionalmente es doloroso. No alteraciones del hábito intestinal, ni náuseas ni vómitos.

- Exploración física: Abdomen blando y depresible a la palpación, no signos de irritación abdominal. Ruidos hidroaéreos presentes. A nivel abdominal no observamos masas ni megalias, ni hernias. A nivel inguinal bultoma inguino-pélvico izquierdo de aproximadamente 2cm de tamaño, no móvil, doloroso a la palpación, no reductible. En miembros inferiores no presenta edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

- Ecografía Clínica en consulta de AP: Imagen anecoica de 2'5cm, de bordes regulares y paredes finas, Doppler negativo en trayecto inguinal izquierdo, lateral al paquete vascular ilio-femoral. Maniobra de Valsalva negativa, no observamos asas intestinales.



**Juicio clínico:** Quiste de Nuck.

**Diagnóstico diferencial:** Quiste de Nuck, Hernia inguinal.

**Plan de actuación y Tratamiento:** Derivación a Cirugía e intervención quirúrgica programada.

**Evolución:** Actualmente permanece asintomática y sin recidivas.

**Conclusiones:**

El quiste de Nuck ocurre a consecuencia de la invaginación del peritoneo parietal durante el desarrollo del canal inguinal dando lugar a la formación del conducto de Nuck; exclusivo en el sexo femenino.

Normalmente tiende a cerrarse de forma fisiológica espontáneamente, aunque en ocasiones permanece permeable con la consiguiente formación de quistes. Se manifiesta como una masa asintomática en región inguinocrural con proyección hacia la región vulvar, pudiendo presentar similitud con la hernia inguinal o crural encarcerada. La ecografía es la prueba de elección para su diagnóstico y el tratamiento es quirúrgico.