

# XXVI Jornada Catalana de Diagnòstic Prenatal Ecogràfic

## Quist pèlvic fetal

Bruna Furriols

Neus Alsina

Raquel Cera

Teresa Gómez

Maya Takeuchi

ASSIR Mataró



# CAS CLÍNIC

Pacient de 28 anys sense antecedents personals d'interès.

Acut a l'ASSIR per a control de gestació.

## **Antecedents obstètrics:**

TPAL: 2011

- Any 2011 cesària, èxitus a les poques hores de vida per Síndrome de Sengers.
- Any 2015 Espàtules de Thierry nounat viu.

## **Gestació actual:**

DUR: 11/08/15

GS: O Rh +

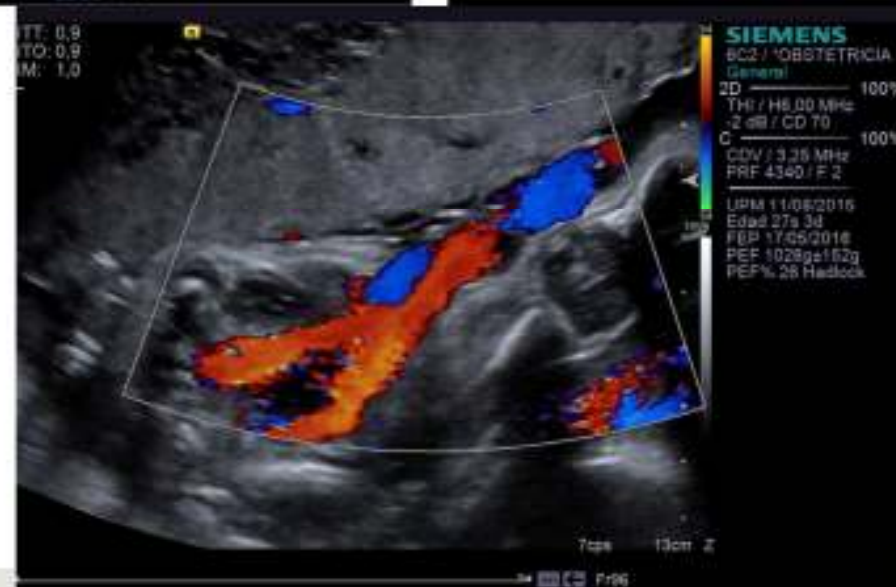
Serologies: Negatives (Lues, Toxoplasma, VIH, VHB). Rubèola immune.

# Ecografia 1r trimestre 11.3 SG



Es realitza biòpsia corial per antecedent de Sde. de Sengers: 46xx

# Ecografia 3r trimestre 27.3 SG



# Ecografía 3r trimestre 27.3 SG





# Ecografia 3r trimestre 27.3 SG



# Ecografia 3r trimestre 29.3 SG



# Ecografía 3r trimestre 30.6 SG





# Ecografía 3r trimestre 36 SG



# Evolució

## Part

- 30/05/2016: Inducció 41.5 SG: **Part eutòcic**  
Nounat femení 3400g, Apgar 9/10/10 pHVU:  
7.32

## 1a revisió

- Exploració al néixer: **dins la normalitat.**  
ABD: No es palpen masses ni megàlies.  
Genitals externs femenins normoconfigurats.

## Re exploració

- Es palpa **tumoració inguinal dreta**, no eritematosa ni dolorosa a la palpació compatible amb herniació inguinal sense possibilitat de reducció. Sol. ECO ABD.



ECO ABD (31/05/2016): estructura ovalada de 32x10mm extraperitoneal, localitzada a FID, subcutània, de parets engruixides no vascular. No sembla tenir continuïtat amb la cavitat abdominal però dins el diagnòstic diferencial no es pot descartar un sac herniari amb contingut líquid vs seroma vs linfocèle. Aïllades adenopaties perifèriques reactives de 5mm. No líquid lliure en cavitat peritoneal.

**Es deriva a centre de 3r nivell per a valoració**





Ecografia abdominal HGTiP (13/09/2016): Persisteix imatge quística, ben delimitada, morfologia ovalada, situada al canal inguinal, subcutània de 4x26mm (APxLL), similar a control previ. No s'observa comunicació de l'estructura amb la cavitat intraabdominal, suggestiva de:

**QUIST DE NUCK**



# Controls

**27/09/2016:**

Creixement normal.  
Persisteix imatge.  
Control en 6 mesos.

**07/03/2017:**

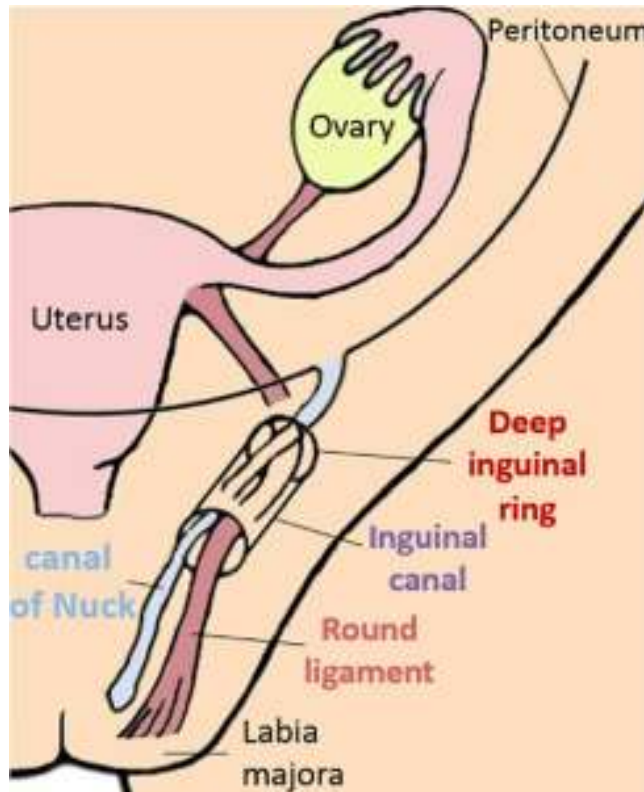
ECO: Ha desaparegut la lesió.  
Pacient asimptomàtica.  
EF: no es palpa lesió.  
Control en 1 any.

---

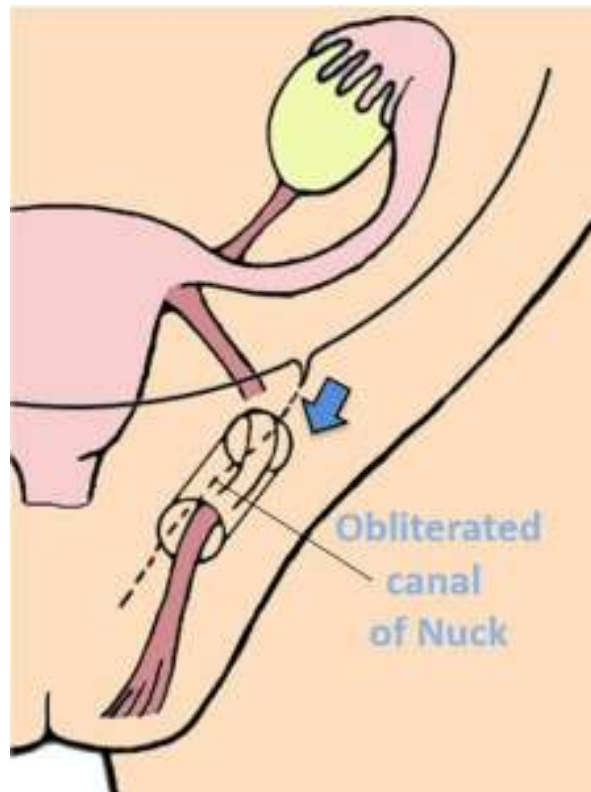
# Quist de Nuck

- Anomalia anatòmica rara que es dona en les dones.
  - Canal de Nuck va ser descrit per primera vegada l'any 1691 per Anton Nuck.
  - L'evaginació del lligament rodó de la cavitat abdominal a través l'anell inguinal cap al canal inguinal és coberta per peritoneu parietal → Canal de Nuck.
  - Normalment s'oblitera abans del naixement però en alguns casos persisteix i es crea l'anomenat **quist de Nuck**.
-

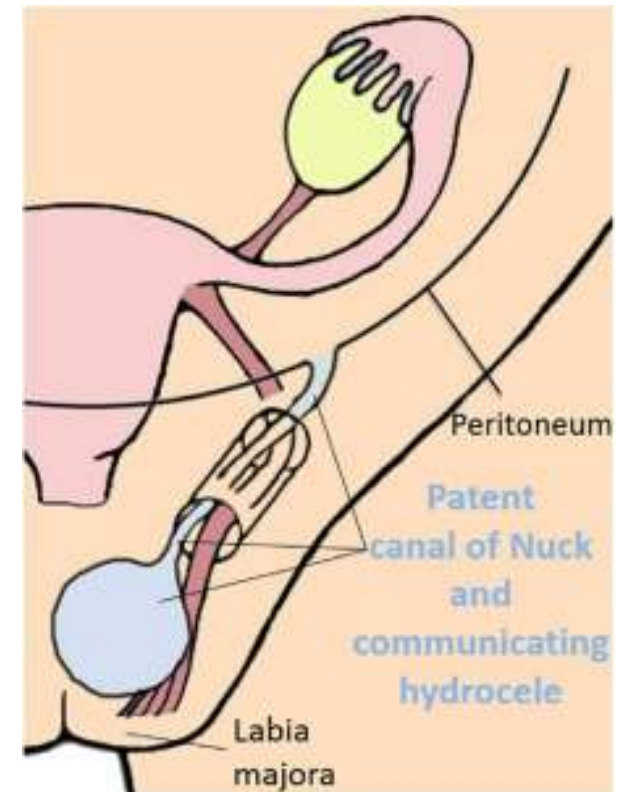
# Quist de Nuck



Canal de Nuck



Canal obliterated



Quist de Nuck

# Quist de Nuck

- ▣ **Epidemiologia:** Incidència exacta desconeguda, la literatura estima un 1%. Pot ser infraestimada degut diagnòstics erronis (hèrnia inguinal).
- ▣ **Diagnòstic:** El diagnòstic prenatal és rar. L'ecografia és la tècnica d'elecció. La RMN també pot ser d'utilitat en casos dubtosos. Diagnòstic de confirmació → AP.
- ▣ **Diagnòstic diferencial (prenatal):** Dilatació intestinal, ureterocel, quist annexial, quist abdominal.  
En nens i adults també hèrnia inguinal, seroma, linfocele, quists o varius de lligament rodó, limangiomes quístics.
- ▣ **Tractament:** En adults resecció completa de l'hidrocele del canal de Nuck.



# Bibliografía

- [1] Benali F, Daniels Gooszen A, Wetzels C, Piek J. Cyst of Nuck: The Importance of Histopathological Evaluation n.d. doi:10.15406/ogjj.2016.05.00147.
- [2] Ozel A, Kirdar O, Halefoglu AM, Erturk SM, Karpat Z, Lo Russo G, et al. Cysts of the canal of Nuck: ultrasound and magnetic resonance imaging findings. J Ultrasound n.d.;12:125–7. doi:10.1016/j.jus.2009.05.002.
- [3] Cirujanos C, Luis Vargas-Ávila A, Ernesto Gómez-Montoya L, César Guidos-Gil J, Luis Ávila-Rivera J, Huerta-García de León Manuel Alejandro Medina-Tirado Ó. Quiste de ligamento redondo que simula hernia inguinal encarcelada. Reporte de un caso PALABRAS CLAVE 2017;85:334–8. doi:10.1016/j.circir.2016.03.008.
- [4] Beortegui RM, Fernández IF, Zubieta SO, Garatea Aznar P, Oliveros JJJ, Sánchez Rodríguez C. Radiología Quiste de Nuck: el hidrocele femenino. Radiologia 2014;56.
- [5] Española C, Mir AC, Salvá LL, Sánchez López A, Muñoz Pérez JM, De La A, et al. QUISTE DE NUCK EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HERNIA INGUINO-CRURAL. Cir Esp 2014;92.
- [6] Mi Choi Y, Min Lee G, Bin Yi J, Lim Yoon K, Shik Shim K, Woo Bae C, et al. Two cases of female hydrocele of the canal of nuck. Korean J Pediatr 2012;55455:143–6. doi:10.3345/kjp.2012.55.4.143.
- [7] Sarkar S, Panja S, Kumar S. Case Report Case RepoRt Hydrocele of the Canal of Nuck (Female Hydrocele): A Rare Differential for Inguino-Labial Swelling. J Clin Diagnostic Res 2016;10:21–2. doi:10.7860/JCDR/2016/16710.7284.

---

MOLTES GRÀCIES!

Valls, 16 de Març del 2017