

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, Ciudad de México, México.

ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,

Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

HERNIA INGUINAL VESICAL CON QUISTE SEROSO PARAMESONÉFRICO GIGANTE SIMULANDO CISTOADENOMA: REPORTE DE CASO

INGUINAL BLADDER HERNIA WITH GIANT PARAMESONEPHRIC SEROUS CYST MIMICKING CYSTADENOMA: CASE REPORT

Diego Iván Flores Vazquez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Raúl Mendoza Rodríguez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Jorge Luis Gordillo Magallanes
Instituto Mexicano del Seguro Social

Itzel Ojeda Callejas
Instituto Mexicano del Seguro Social

Andre Esteban Salinas Mendoza
Instituto Mexicano del Seguro Social

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.22283

Hernia inguinal vesical con quiste seroso paramesonéfrico gigante simulando cistoadenoma: reporte de caso

Diego Iván Flores Vazquez¹diegoifv.11@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-4864-0571>Instituto Mexicano del Seguro Social
Puebla de Zaragoza, Puebla, México**Raúl Mendoza Rodriguez**DrRaulMendozaRguez@gmail.com<https://orcid.org/0009-0008-9226-9977>Instituto Mexicano del Seguro Social
Puebla de Zaragoza, Puebla, México**Jorge Luis Gordillo Magallanes**Jorgeluisgordillo96@gmail.com<https://orcid.org/0009-0007-5443-9683>Instituto Mexicano del Seguro Social
Puebla de Zaragoza, Puebla, México**Itzel Ojeda Callejas**itzelojeda1193@outlook.com<https://orcid.org/0009-0000-3397-2947>Instituto Mexicano del Seguro Social
País México
Cordoba, Veracruz, Mexico**Andre Esteban Salinas Mendoza**dreo.mensal@gmail.com<https://orcid.org/0009-0001-4611-8624>Instituto Mexicano del Seguro Social
Puebla de Zaragoza, Puebla, México

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de hernia de Nuck asociada a un quiste paramesonéfrico gigante y su manejo quirúrgico. **Introducción:** La hernia inguinal vesical es poco frecuente (<4% de las hernias inguinales). Su coexistencia con lesiones quísticas de origen paramesonéfrico es excepcional y puede simular tumores epiteliales anexiales como los cistoadenomas. Este reporte describe un caso de hernia de Nuck con contenido vesical y un quiste seroso paramesonéfrico gigante, resaltando los retos diagnósticos y quirúrgicos. **Caso clínico:** Paciente femenina de 42 años con masa inguinal derecha irreducible de crecimiento acelerado. Imagenología inicial (ultrasonido y tomografía) mostró saco herniario de 112 × 71 mm protruyendo a través de un defecto muscular de 23 mm y una masa quística pediculada de 103 × 75 mm que sugería cistoadenoma. Durante la cirugía se identificó herniación de vejiga y un quiste multiloculado gigante (40 × 23 × 30 cm) dependiente de ligamento ancho, con ovario íntegro. Histopatología confirmó quiste seroso benigno de origen paramesonéfrico. **Conclusiones:** Las lesiones paramesonéfricas pueden simular tumores anexiales epiteliales y condicionar herniación a través del canal de Nuck. La correlación clínico-radiológica y la evaluación mediante TC o RM son críticas para distinguir etiologías y planificar la intervención. El abordaje quirúrgico oportuno previene complicaciones como estrangulación, obstrucción vesical o ruptura quística.

Palabras clave: Hernia inguinal, hernia vesical, quiste paramesonéfrico, canal de Nuck, diagnóstico diferencial anexial.

¹ Autor principal.Correspondencia: diegoifv.11@gmail.com

Inguinal bladder hernia with giant paramesonephric serous cyst mimicking cystadenoma: case report

ABSTRACT

Objective: To present a rare case of Nuck's hernia associated with a giant paramesonephric cyst and its surgical management. **Introduction:** Inguinal bladder hernias represent less than 4% of all inguinal hernias. Their coexistence with paramesonephric cysts is extremely rare and may mimic adnexal epithelial tumors such as cystadenomas. This report describes a Nuck's hernia containing bladder tissue and a giant paramesonephric serous cyst, highlighting diagnostic and therapeutic challenges. **Case Presentation:** A 42-year-old woman presented with a progressively enlarging, irreducible right inguinal mass. Imaging revealed a 112×71 mm hernial sac protruding through a 23 mm defect and a pedunculated cystic mass measuring 103×75 mm suggestive of cystadenoma. Surgery identified herniated bladder and a giant multiloculated cyst ($40 \times 23 \times 30$ cm) arising from the broad ligament, with an intact ovary. Pathology confirmed a benign serous paramesonephric cyst. **Conclusions:** Paramesonephric cysts may mimic adnexal epithelial tumors and contribute to herniation through Nuck's canal. Radiological correlation using CT or MRI is essential for characterization and surgical planning. Early operative management prevents complications such as strangulation, bladder obstruction or cyst rupture.

Keywords: Inguinal hernia, bladder hernia, paramesonephric cyst, Nuck's canal, adnexal differential diagnosis

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal con participación vesical constituye una entidad poco común, reportada en menos del 4% de todas las hernias inguinales (Osman et al., 2021). En la mujer, la persistencia del canal de Nuck permite la herniación de estructuras pélvicas. Paralelamente, los quistes paramesonéfricos, derivados de remanentes Müllerianos, pueden localizarse en el ligamento ancho y simular tumores epiteliales anexiales como los cistoadenomas (Gungor et al., 2017).

1.1 Relevancia clínica y diagnóstica

La coexistencia de una hernia de Nuck con contenido vesical y un quiste paramesonéfrico gigante es extraordinaria. La similitud imagenológica entre estas lesiones Müllerianas accesorias y tumores epiteliales implica un reto diagnóstico relevante (Rha et al., 2021).

1.2 Importancia de la imagenología avanzada

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son fundamentales para determinar el contenido del saco herniario y caracterizar las masas anexiales (Cáceres et al., 2022; Bhosale et al., 2018).

1.3 Marcadores tumorales en la evaluación de masas anexiales

En la valoración inicial de masas anexiales, particularmente cuando presentan gran volumen o características complejas, el uso de marcadores tumorales séricos puede contribuir a estimar el riesgo de malignidad. Entre los más utilizados se encuentran CA-125, CA 19-9, CEA, AFP, β-hCG y LDH, los cuales permiten diferenciar lesiones epiteliales, mucinosas o germinales. Aunque ninguno de ellos es diagnóstico por sí mismo, su interpretación integrada con los hallazgos clínicos e imagenológicos facilita la estratificación del riesgo y la planificación quirúrgica, especialmente en casos donde el origen de la masa no es evidente o puede simular tumores ováricos benignos o malignos.

2. Reporte de caso

2.1 Presentación clínica

Mujer de 42 años, sin antecedentes quirúrgicos relevantes aparte de cesárea previa, con grupo sanguíneo O Rh negativo. Consultó por una masa en región inguinal derecha de varios meses de evolución, con crecimiento rápido en las 48 horas previas. Negó síntomas urinarios, pero refería sangrado uterino



anormal persistente. A su ingreso presentaba anemia severa (Hb 7.1 g/dL), hallazgo que condicionó la estrategia perioperatoria debido a la disponibilidad limitada de hemoderivados compatibles.

2.2 Evaluación preoperatoria y optimización

El estado hematológico obligó a corregir la anemia antes de considerar cualquier abordaje quirúrgico.

Tras transfusión de concentrados eritrocitarios compatibles y manejo complementario, se alcanzó una hemoglobina superior a 10 g/dL, punto que se consideró suficiente para proceder de manera segura.

2.3 Examen físico

Se observó una masa irreducible de aproximadamente 10×8 cm en región inguinal derecha, sin cambios cutáneos ni signos locales de estrangulación. La exploración abdominal mostró distensión leve, sin datos de irritación peritoneal.

2.4 Marcadores tumorales

Como parte del protocolo preoperatorio se solicitaron los marcadores tumorales recomendados para la evaluación de masas anexiales (CA-125, CA 19-9, CEA, AFP, β -hCG y LDH), todos dentro de rangos normales para su respectiva referencia. La ausencia de elevación disminuyó la sospecha de neoplasia epitelial o germinal y fue congruente con el diagnóstico final de quiste seroso paramesonéfrico benigno.

2.5 Estudios de imagen

El ultrasonido endovaginal identificó una estructura quística multiloculada de 103×75 mm con un pedículo orientado hacia la pared lateral pélvica, inicialmente sugerente de cistoadenoma.

La tomografía contrastada mostró un saco herniario de 112×71 mm protruyendo a través de un defecto de 23 mm, con líquido perisacular y participación parcial de la vejiga. En la topografía del anexo derecho se observa una imagen de gran tamaño (Figura 1 y Figura 2), multiloculada, con septos finos en su interior y morfología ovoidea, de $341 \times 368 \times 242$ mm (volumen 15,882 cc), correspondiente a la misma lesión multiloculada descrita en región inguinal, sugestiva de cistoadenoma.



Figura 1. TC coronal: lesión quística gigante con protrusión hacia canal de Nuck.



Fuente: Estudio tomográfico institucional.

Figura 2. TC axial: ocupación masiva de cavidad abdominal por quiste multiloculado.



Fuente: Estudio tomográfico institucional.

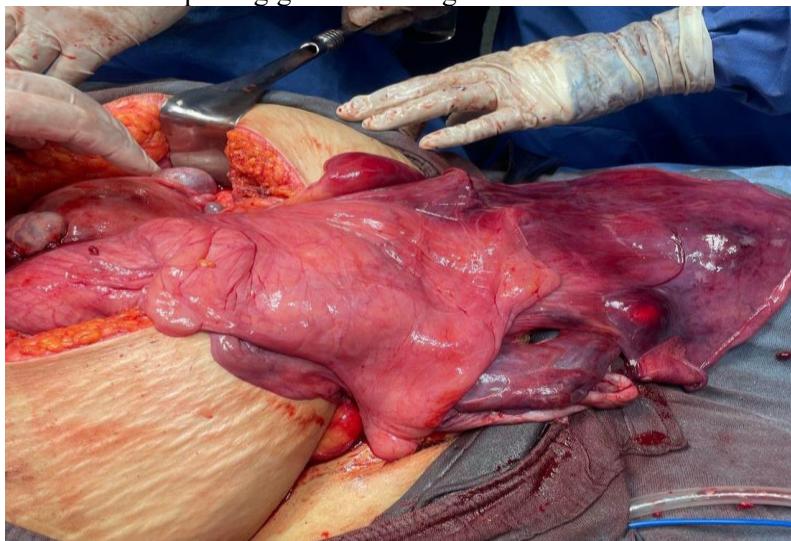
2.5 Hallazgos quirúrgicos

Se realizó laparotomía exploradora. Se identificó:

- Protrusión parcial de vejiga a través del canal de Nuck, con un defecto de 4 cm. Quiste multiloculado gigante de $40 \times 23 \times 30$ cm, dependiente del ligamento ancho. Ovario y trompa ipsilaterales íntegros, sin evidencia de origen ovárico (Figura 3). Desplazamiento del quiste y del tejido perivesical hacia el defecto inguinal, favorecido por la magnitud del volumen quístico.

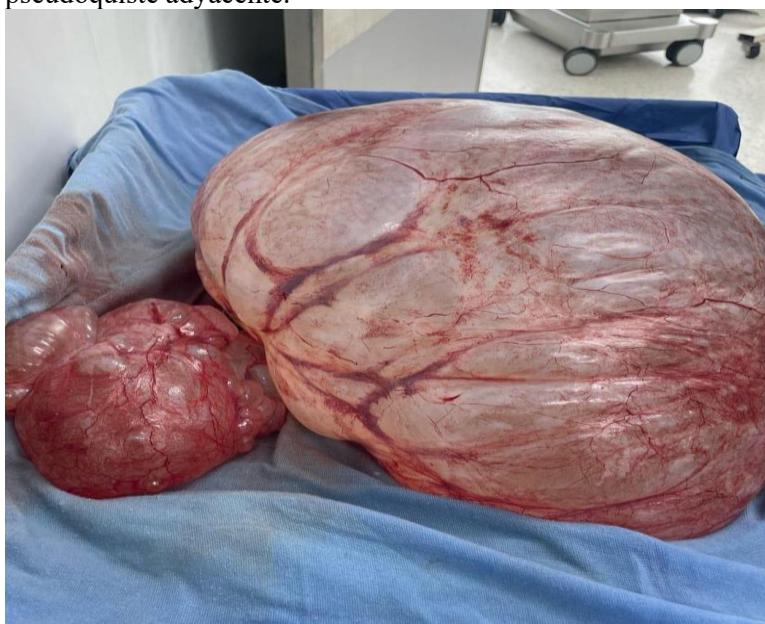
Se procedió a la resección completa de la lesión y reconstrucción del defecto inguinal mediante técnica de Lichtenstein. Tras la resección, se observaron las piezas quirúrgicas correspondientes al quiste paramesonéfrico gigante y al pseudoquiste asociado (Figura 4)

Figura 3. Exposición intraoperatoria donde se observa la integridad de ambos ovarios y la relación anatómica del quiste gigante con el ligamento ancho.



Fuente: Archivo propio.

Figura 4. Piezas quirúrgicas tras resección: quiste seroso paramesonéfrico gigante acompañado de un pseudoquiste adyacente.



Fuente: Archivo propio.

2.6 Estudio histopatológico

El análisis confirmó un quiste seroso paramesonéfrico benigno, acompañado de un pseudoquiste con inflamación crónica inespecífica. No se identificaron rasgos compatibles con neoplasias epiteliales de ovario.

2.7 Evolución

La paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta a las 72 horas. En el seguimiento a 30 días se mantuvo asintomática y sin evidencia de recurrencia.

3. Discusión

La combinación observada en este caso reúne tres elementos poco comunes: un quiste paramesonéfrico gigante, protrusión parcial de vejiga y herniación a través del canal de Nuck. La interpretación inicial como cistoadenoma es congruente con la literatura, pues las lesiones Müllerianas accesorias comparten rasgos morfológicos con tumores epiteliales benignos. La preservación del ovario, la pediculación desde el ligamento ancho y la ausencia de componentes sólidos orientan, sin embargo, hacia un origen no ovárico (Kim et al., 2019).

El desplazamiento del quiste hacia la ingle puede explicarse por su tamaño y la capacidad de tracción ejercida sobre el peritoneo pélvico (Stickel & Manner, 2020). La participación vesical sugiere que la progresión fue gradual y que el defecto musculofascial permitió la migración combinada de estructuras. La imagenología tiene un papel determinante. Mientras la TC permite delinear el defecto de pared y la relación con la vejiga, la RM suele ser superior para caracterizar lesiones Müllerianas (Bhosale et al., 2018). No obstante, los volúmenes extremos, como en este caso, limitan en ocasiones la definición de origen. Marcadores tumorales y correlación diagnóstica

Según Moss, Hollingworth y Reynolds (2013) los marcadores tumorales constituyen una herramienta auxiliar en la evaluación de masas anexiales, aunque su utilidad se limita a la estimación del riesgo de malignidad. El CA-125 es el más empleado en tumores epiteliales, especialmente serosos, mientras que CA 19-9 y CEA orientan hacia neoplasias mucinosas o gastrointestinales. AFP, β -hCG y LDH permiten considerar tumores germinales. En este caso, todos los marcadores se mantuvieron dentro de parámetros normales, hallazgo consistente con la naturaleza benigna del quiste paramesonéfrico, dado que este tipo de lesiones no se asocian con producción tumoral detectable. La normalidad de los marcadores,



combinada con la ausencia de componentes sólidos en imagen, redujo la probabilidad de malignidad y sustentó el abordaje quirúrgico planificado tras la corrección hematológica.

Desde el punto de vista operatorio, la resección completa del quiste y la reparación del defecto constituyen el manejo estándar, previniendo complicaciones como torsión quística, ruptura o incarceración vesical (Schober et al., 2017). El estado hematológico obligó a una preparación cuidadosa, recordando que el grupo O Rh negativo restringe la disponibilidad inmediata de hemoderivados.

4. CONCLUSIONES

5. Los quistes paramesonéfricos gigantes pueden simular tumores anexiales y generar patrones de herniación inusuales. La correlación clínico-radiológica es fundamental para comprender la anatomía implicada y evitar diagnósticos equívocos. En presencia de anemia severa y factores transfusionales limitantes, la optimización preoperatoria adquiere un papel central para garantizar la seguridad quirúrgica. La intervención temprana y la resección completa permiten evitar complicaciones asociadas tanto al quiste como al componente vesical.

Declaración de Conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la publicación de este escrito.

Declaración de consentimiento informado:

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de la información clínica e imágenes presentadas en este reporte, garantizando su anonimato.

Declaración de originalidad:

El manuscrito es original, no ha sido publicado previamente ni está en evaluación en otra revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Athanasiou, C., Michalopoulos, N., Zarogiannis, S., et al. (2020). Hydrocele of the canal of Nuck in adult females: A systematic review. *Hernia*, 24, 1089–1100.
- Bhosale, P. R., Patnana, M., Viswanathan, C., et al. (2018). MRI of Müllerian duct anomalies and mimics. *Radiographics*, 38(2), E1–E20.
- Cáceres, B. A., Chandler, T. M., & de Leon, A. R. (2022). Imaging of female inguinal masses: Beyond hernias. *Clinical Radiology*, 77(4), e301–e313.



- Gungor, T., Zenger, S., Aslan, H., et al. (2017). Paramesonephric cyst of the broad ligament mimicking an ovarian neoplasm. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 43(4), 731–735.
- Kim, J. H., Jeong, S. Y., & Park, J. K. (2019). Giant paramesonephric cyst of the broad ligament: A diagnostic challenge. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 26(5), 954–959.
- Osman, N., Narasimhan, V., & Lo, C. H. (2021). Inguinal bladder hernia: A systematic review. *ANZ Journal of Surgery*, 91(3), 381–386.
- Rha, S. E., Byun, J. Y., Jung, S. E., et al. (2021). Spectrum of extraperitoneal Müllerian lesions: Imaging with pathologic correlation. *Insights into Imaging*, 12, 45.
- Schober, P., Wijnhoven, H. J., de Blok, B. M., et al. (2017). Clinical features and surgical management of inguinal bladder hernia. *Urology*, 107, 222–226.
- Sánchez-Montoya, P., Martínez-Gómez, C., et al. (2023). Multidetector CT in evaluation of hernias: What surgeons need to know. *Clinical Imaging*, 92, 63–72.
- Moss, E. L., Hollingworth, J., & Reynolds, T. M. (2013). The role of CA125 in clinical practice. *Journal of Clinical Pathology*, 66(4), 308–312.
- Stickel, W. H., & Manner, M. (2020). Female hydrocele of the canal of Nuck: Sonographic features. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 39(4), 799–806.

