



Quiste de Gartner. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

RESUMEN

Los quistes del conducto de Gartner son vestigios del canal mesonéfrico de Wolff que representan 11% de los quistes vaginales; generalmente son pequeños, benignos y asintomáticos. Se comunica el caso de una paciente con un quiste de Gartner que, por su tamaño y localización, se manifestó como prolusión de órganos pélvicos, que es uno de los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: quiste de Gartner, conducto de Wolff, prolusión de órganos pélvicos

Norah Nalleli Macías-Vera¹
Patricia Inés Velázquez-Castellanos²
Nancy Godoy-Rodríguez³

¹ Ginecoobstetra, residente de la especialidad de Urología Ginecológica.

² Ginecoobstetra y uroginecóloga, encargada de la Unidad.

³ Ginecoobstetra y uroginecóloga. Unidad de Urología Ginecológica y Cirugía reconstructiva de la Pelvis, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara Jal.

Gartner's duct cyst. Case report and literature review

ABSTRACT

The Gartner's cyst is a remnant of the Wolffian duct, representing 11% of vaginal cysts and is usually small, benign and asymptomatic. We report the case of a Gartner's duct cyst whose size and localization mimicking a pelvic organ prolapse, disease is one of the differential diagnoses.

Key words: Gartner's duct cyst, Wolffian duct, pelvic organ prolapse

Recibido: 21 de enero 2014

Aceptado: 30 de enero 2014

Correspondencia

Dra. Norah Nalleli Macías Vera
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde
Hospital 278
44280 Guadalajara, Jalisco, México
norah_nalleli@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Macías-Vera NN, Velázquez-Castellanos PI, Godoy-Rodríguez N. Quiste de Gartner. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2014;82:252-256.



El conducto de Gartner lo describió por primera vez Herman Treschow Gartner (1785-1827) como un vestigio de la parte caudal del conducto de Wolff en la mujer.¹ Los quistes del conducto de Gartner están revestidos de células cuboidales bajas, no secretoras de mucina, que casi siempre se localizan cerca de la pared antero lateral de la vagina, siguiendo la ruta del conducto mesonéfrico.² Representan 11% de los quistes vaginales, y son más comunes en la tercera y cuarta década de la vida, casi siempre menores de 2 cm, benignos, asintomáticos y que se descubren durante la exploración genital de rutina. Cuando son grandes pueden manifestarse con dispareunia, condicionar la distocia durante el parto o simular un prollapso de órganos pélvicos.^{3,4} En las niñas pueden aparecer como una masa en los genitales externos, con dolor abdominal, descarga vaginal, infección urinaria recurrente, incontinencia o enuresis.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 41 años de edad, nuligesta, que acudió a consulta debido a la sensación de bullo alrededor de la vagina. Refirió la sensación de una masa indolora, reductible manualmente y que aumentaba de tamaño durante los esfuerzos. No refirió síntomas urinarios o fecales. En la exploración genital se encontró una masa de aproximadamente 50 x 40 mm cercana al introito vaginal que con la maniobra de Valsalva descendía 2 cm por fuera de las carúnculas himenales. (Figuras 1 y 2)

La masa se redujo con una pinza, sin dificultad, y se localizó su origen a un centímetro del cuello uterino, en el fondo de saco lateral izquierdo, con una longitud de 8 cm. (Figura 3a) En el ultrasonido pélvico se reportó la existencia de una masa anecoica, avascular, independiente de la vejiga y el intestino, de contenido aparentemente líquido y homogéneo. La uretrocistoscopia no



Figura 1. Exploración ginecológica en reposo.



Figura 2. Resultado con una maniobra de Valsalva.

demostró que hubiera comunicación con el saco ni alguna otra malformación.

La mucosa vaginal se incide en la formación quística, se libera la cápsula, se reseca en su totalidad, se recorta el excedente de mucosa y se cierra la pared vaginal. (Figuras 3b, 3c, 3d) La evolución posquirúrgica fue adecuada. El estudio anatomiopatológico reportó que se trataba de una cápsula de quiste vaginal con elementos

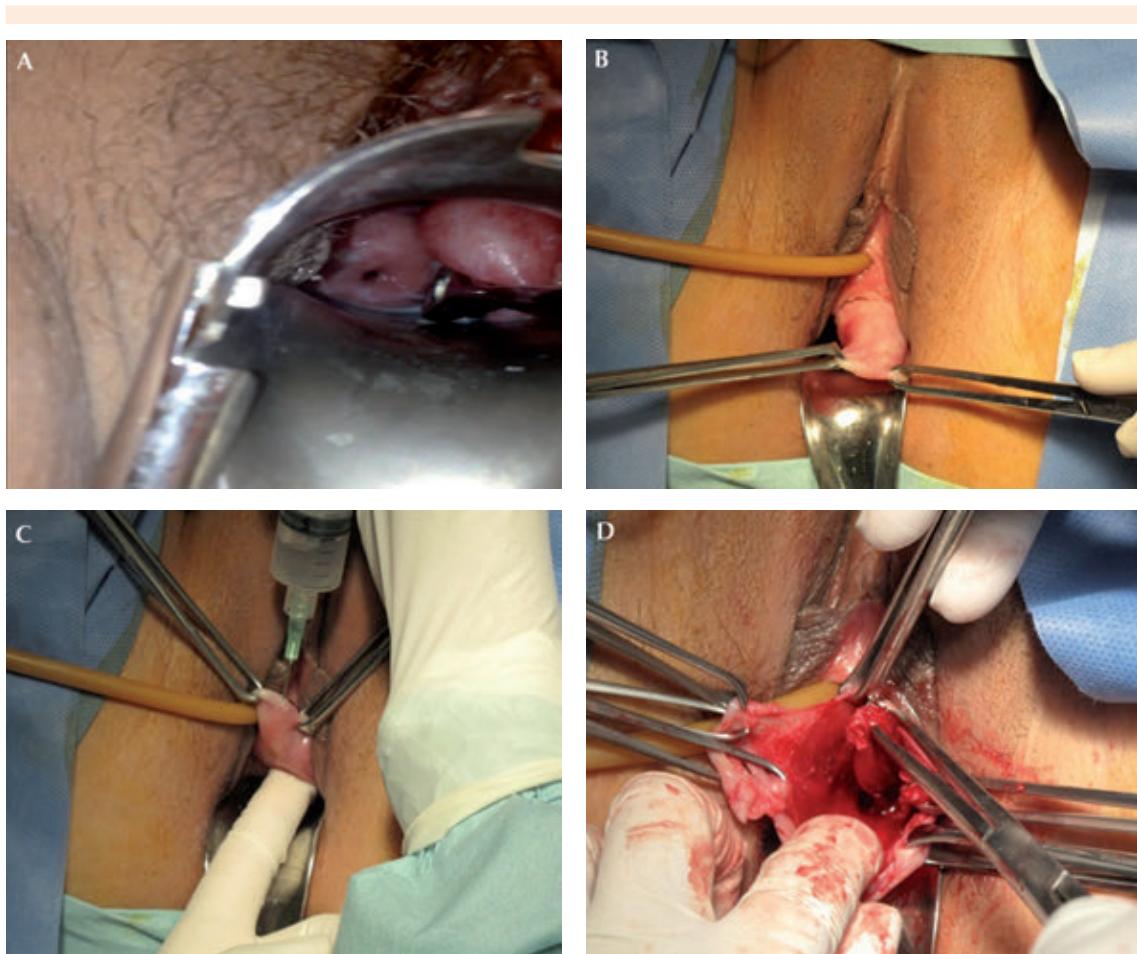


Figura 3. A. Colocación del espéculo vaginal en donde se demuestra el origen del quiste y su relación con el cérvix. B. Se toman los bordes con pinzas de Allis. C. Hidrodissección para mejorar la identificación de los planos. D. Identificación de la cápsula del quiste y su resección.

morfológicos de quiste de Gartner, sin evidencia de malignidad.

DISCUSIÓN

En la bibliografía existen pocos reportes de grandes quistes vaginales, la mayor parte de tipo mülleriano, como el que reportó Montella en una paciente de 34 años con una gran masa quística en la pared vaginal anterior durante el segundo trimestre de la gestación y que originalmente se diagnosticó como cistocele.⁴

Castagnetti reportó el caso de un quiste de Gartner retrovesical, con disfunción en el vaciado y compresión extrínseca del cuello vesical y consecuente incontinencia urinaria.⁶ Inocêncio reportó el caso de un quiste de Gartner gigante de 8 cm que se descubrió en un estudio genital rutinario y que, a diferencia de nuestro caso, sin síntomas a pesar de su tamaño.⁷ Es necesario tener en cuenta los diversos diagnósticos diferenciales de los quistes vaginales, Eilber y Raz los clasifican de acuerdo con su localización (Cuadro 1).⁸

**Cuadro 1.** Diagnóstico diferencial de los quistes vaginales

Diagnóstico	Localización
Müllerianos (paramesonéfricos)	En cualquier lugar, casi siempre en la pared vaginal anterolateral
Quistes de Gartner (mesonéfricos)	Igual que los quistes müllerianos
Quiste parauretral de Skene	Piso de la uretra distal
Quiste de la glándula de Bartholin	Introito lateral hacia el labio menor
Adenosis	Fórnices vaginales y paredes superiores
Quiste del canal de Nuck (hidrocele)	Superior al labio mayor o al canal inguinal
Carúncula uretral	Meato uretral
Divertículo uretral	Periuretral, pared vaginal anterior
Quiste de inclusión	Área de cirugía previa
Endometriosis	En cualquier lugar, casi siempre en el fornic posterior
Ureterocele ectópico	Periuretral
Vaginitis enfisematosas	2/3 superiores de la vagina
Hidroadenoma	Sulcus interlabial
Quiste dermoide	Paravaginal

Adaptado de: Eilber SK, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: A literature review. J Urology 2003;170:717-22.

Para los quistes vaginales se han propuesto varios métodos diagnósticos, como: ultrasonido transabdominal, transrectal, transperineal y transvaginal; este último es el que permite el diagnóstico más certero porque el transductor se coloca en inmediata proximidad con el quiste.^{9,10}

En el examen preoperatorio la resonancia magnética y la uretrocistoscopia han aportado mayor precisión diagnóstica en el estudio de las masas de la pared vaginal anterior.^{11,12} La resonancia magnética es superior porque muestra la existencia de múltiples lesiones quísticas y su comunicación con estructuras adyacentes.¹³

El tratamiento puede ser expectante o quirúrgico, Add-Raboo reportó el tratamiento con aspiración del quiste e inyección de tetraciclina al 5% con resultado exitoso en 15 mujeres.¹³ En el caso aquí reportado, debido al tamaño del quiste y

los síntomas, se decidió el abordaje quirúrgico vaginal.

Las malformaciones congénitas de las vías urinarias frecuentemente se asocian con anormalidades del aparato genital debido a la interacción necesaria de ambos sistemas en el crecimiento normal. El quiste de Gartner se relaciona con otras malformaciones asociadas con conducto mesonéfrico, como el uréter ectópico, fistula vesicovaginal congénita y agenesia renal; además de trastornos mullerianos en 50% de las pacientes.¹⁴ En el caso aquí reportado se descartaron otras malformaciones genitales y urinarias y la evolución de la paciente fue satisfactoria.

CONCLUSIÓN

Los quistes de Gartner, aunque poco frecuentes, deben considerarse un diagnóstico diferencial de cualquier masa vaginal. El tratamiento depende de los síntomas que desencadene, y en todos los casos deben investigarse otras malformaciones genitourinarias concomitantes.

REFERENCIAS

1. Singer E, Marzio F, Solari J, Deparci A. Quiste del conducto de Gartner. Rev Arg de Uroología y Nefrología 1984; 50:2.
2. Deppisch LM. Cysts of the vagina: classification and clinical correlation. Obstet Gynecol 1975;45:632-7.
3. Bats A, Metzger U, Le Freere-Belda MA, Brisa M, Lecuru F. Malignant Transformation of Gartner Cyst . International Journal of Gynecological Cancer 2009;19:1655-7.
4. Montella J. Vaginal Müllerian cyst presenting as a cystocele. Obstet Gynecol 2005;105:1182-84.
5. Binsaleh S, Al-Assiri M, Jednak R, El-Sherbiny M. Gartner duct cyst simplified treatment approach. Int Urol Nephrol 2007;39:485-487.
6. Castagnetti M, Cimador M, De Grazia E. Diagnostic laparoscopy in a Gartner's duct cyst. Journal of Pediatric Urology 2008;4:173-5.
7. Inocêncio G, Azevedo S, Braga A, Carinhas MJ. Large Gartner cyst. BMJ Case Rep. 2013 Feb 25;2013
8. Eilber SK, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: A literature review. J Urology 2003;170:717-22.

9. Sherer D, Abulafia O. Transvaginal Ultrasonographic Depiction of a Gartner Duct Cyst. *J Ultrasound Med* 2001;20:1253-1255.
10. Long Ch, Wang Ch, Hsu CH. Anterior vaginal cyst mimicking a cystocele assessed by transperineal ultrasound. Letters to the editor-Brief communication. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2012;165:128-129.
11. Asfaw T, Greer J, Ramchandani P, Schimpff M. Utility of pre-operative examination and magnetic resonance imaging for diagnosis of anterior vaginal wall masses. *Int Urogynecol J* 2012;23:1055-1061.
12. Romero RR, Rodríguez CS, Escobar BL, Gorbea CV. Quiste suburetral. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77:160-4.
13. Cil A, Basar M, Kara s, Atasoy P. Diagnosis and managment of vaginal mullerian cyst in a virgin patient. *Int Urogynecol J* 2008;19:735-737.
14. Add-Raboo M, Atta M. Aspiration and tetracycline sclerotherapy: a novel method for managment of vaginal and vulvar Gartner cysts. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;35:235.
14. Dwyer PL, Rosamilia A. Congenital urogenital anomalies that are associated with the persistence of Gartner's duct: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:354-359.