

Quiste de Gartner sintomático. Presentación de caso y revisión de la literatura

 Manuel R Escalante-Reinozo MD¹,  Desireé G Bermúdez-Morantes MD²,
 Pedro J Fernández-Rodríguez MD³.

RESUMEN

Los conductos de Wolff en el embrión femenino no se desarrollan, pero si persisten vestigios cerca de la vagina, se forman los denominados quistes de Gartner; los cuales, generalmente son pequeños y asintomáticos. Se presenta el caso de una paciente de 44 años, que por el tamaño de la lesión presentaba síntomas como dispareunia y sensación de bulto a nivel vaginal, se manejó con cirugía y extracción. Los quistes de Gartner son masas pélvicas poco frecuentes que suelen ser asintomáticas, pero que pueden presentarse con dispareunia, dolor o presión pélvica, masa y protuberancia a través de genitales y hasta síntomas urinarios. No existe un tratamiento estándar definido, es por ello, que se realizó una revisión de la literatura que permita conocer el diagnóstico y manejo de los quistes de Gartner; a propósito de un caso clínico. La escisión es exitosa en la mayoría de los casos sin morbilidad significativa.

Palabras clave: Quiste de Gartner, Masas vaginales, Dispareunia.

Symptomatic Gartner cyst. Case presentation and literature review

SUMMARY

Wolffian ducts in the female embryo do not develop, but if vestiges persist near the vagina, the so-called Gartner's cysts (GC) are formed, which are generally small and asymptomatic. We present the case of a 44-year-old female patient, who because of the size of the lesion presented symptoms such as dyspareunia and a sensation of a lump at the vaginal level, which was managed with surgery and extraction. GC are rare pelvic masses that are usually asymptomatic, but may present with dyspareunia, pelvic pain or pressure, mass and bulge through the genitalia and even urinary symptoms. There is no defined standard treatment, therefore, a review of the literature was performed to learn about the diagnosis and management of GC, based on a clinical case. Excision is successful in most cases without significant morbidity.

Keywords: Gartner cyst, pelvic floor, vaginal masses, dyspareunia.

INTRODUCCIÓN

Los conductos de Wolff en el embrión femenino no se desarrollan, mientras que en los masculinos, a partir de esta estructura, se forma el conducto deferente, el

conducto eyaculador y las vesículas seminales. Si estos conductos persisten a nivel intraabdominal pueden formarse masas anexiales de origen mesonéfrico, pero al persistir cerca de la vagina se forma el denominado quiste de Gartner (QG) (1).

Los QG son lesiones benignas generalmente asintomáticas, cuando genera sintomatología, debe realizarse tratamiento quirúrgico para lograr la desaparición de los síntomas. Es importante resaltar que no existe un tratamiento estándar definido, es por ello que se decidió presentar este caso clínico y realizar una revisión de la literatura para exponer una síntesis sobre el diagnóstico y manejo de esta inusual entidad.

¹Especialista en Obstetricia y Ginecología-ULA, Master internacional en Mastología Umberto Veronesi Academy, CESFEM Mérida, Grupo Médico Mérida. ²Especialista en Obstetricia y Ginecología-ULA, Curso de perfeccionamiento en disfunción y cirugía reconstructiva del piso pélvico UCV. CESFEM Mérida, Grupo Médico Mérida. ³Especialista en Urología-ULA. Doctor en Gerencia Avanzada - UFT. Centro Clínico "Dr. Marcial Ríos Morillo".
Correo para correspondencia: manuelricardo2204@gmail.com

Forma de citar este artículo: Escalante-Reinozo MR, Bermúdez-Morantes D, Fernández-Rodríguez PJ. Quiste de Gartner sintomático. Presentación de caso y revisión de la literatura. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(4): 522-529. DOI: 10.51288/00820417

Existen diversas lesiones benignas que pueden aparecer a nivel vulvar y vaginal, por lo cual, resulta imperativo ante cualquier tumoración en esta región, realizar un interrogatorio detallado, exploración física completa, estudios de imágenes, que permitan definir el tratamiento correcto, el cual, en la mayoría de los casos es quirúrgico, para corregir el defecto y obtener muestra para biopsia que confirme el diagnóstico de benignidad.

Entre las lesiones quísticas más frecuentes que se deben tener en cuenta como diagnóstico diferencial, se presentan: quistes de la glándula de Bartholino, quiste de Skene, quistes de inclusión epidérmico, quiste del canal de Nuck, hernia perineal y lesiones como la que se presenta. También se pueden confundir con prolapsos genitales, por lo cual, resulta necesario diferenciarlos claramente (2). La incidencia de los QG es de 1 en 200 mujeres, teniendo un origen congénito, debido a la regresión parcial de los conductos mesonefricos (2-4).

Los QG son lesiones derivadas del conducto mesonefrico de Wolff, por lo cual, se localizan en la parte lateral de la vagina, pudiendo llegar incluso a sobrepasar el introito vaginal, tienen en su interior un contenido liquido claro eosinofílico y representan aproximadamente entre el 4 % y el 21 % de todos los quistes vaginales, estos últimos presentan una incidencia general entre el 1 % -2 %, lo cual, hace que los casos presentados o conocidos sean escasos (2-5).

Los quistes que se presentan a nivel vaginal pueden ser congénitos o adquiridos. Entre los adquiridos, el más frecuente es el quiste de inclusión, que suele aparecer en sitios de cirugía previa (episiotomía, traumatismo). Otros quistes adquiridos son los quistes endometriósicos, los quistes del conducto de Skene, los quistes vestibulares mucinosos y el quiste de Bartholino, siendo los más frecuentes estos dos últimos (6).

La mayoría de las lesiones quísticas de Gartner son asintomáticas y se descubren casualmente en una

exploración ginecológica de rutina; cuando producen síntomas los más frecuentes son: sensación de peso a nivel vaginal, dispareunia, dolor pélvico, incontinencia urinaria o síntomas urinarios obstructivos (4).

El presente estudio tiene como objetivo describir el manejo de los QG, mediante revisión de la literatura, a propósito de un caso clínico.

MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una paciente que acudió a consulta. La paciente dio su consentimiento para que se estudiara y publicara su caso, resguardando siempre su identidad y respetando las normas bioéticas de investigación.

En vista de lo poco frecuente de esta patología, se decidió realizar una revisión de la literatura en la base de datos PubMed durante los últimos 20 años, en idiomas inglés, español y francés. La búsqueda combinó los títulos de los artículos, el resumen y palabras clave relacionadas, donde apareciera la palabra Quiste de Gartner o quiste del conducto de Gartner; se incluyeron artículos donde se describiera de forma clara la forma de realizar el diagnóstico y el tratamiento de estas lesiones. Los criterios de exclusión fueron aquellos artículos donde se presentaron casos de quistes infectados, donde no se aplicó ningún tipo de tratamiento o no se especificó ampliamente la forma en que se trataron las lesiones.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 44 años, quien consultó por sensación de bulto a nivel vaginal desde 1 año antes, concomitante con dispareunia, sensación de

*QUISTE DE GARTNER SINTOMÁTICO. PRESENTACIÓN DE CASO
Y REVISIÓN DE LA LITERATURA*

peso y frecuencia miccional aumentada, negaba otra sintomatología. Al examen físico se evidenció genitales externos normoconfigurados, vulva entreabierta, al espéculo, se observó una tumoración quística, renitente, a nivel de tercio medio de pared vaginal izquierda de 5 x 4 centímetros (cm) aproximadamente, móvil, indolora y no reducible, la cual protruía a través de genitales con la maniobra de Valsalva o mediante tracción; no tenía relación con la vejiga, ni con el fondo de saco de Douglas (Figura 1). El cuello uterino se observó, sin lesiones macroscópicas.

Se realizó ecografía pélvica transvaginal donde se observó una imagen anecoica, homogénea, redondeada, de 5 cm de diámetro, ubicada a 3 cm del cuello uterino, no vascularizada; la vejiga se observó sin alteraciones ecográficas.

Se tomó muestra del contenido de la lesión con una inyectora, se obtuvo un líquido de aspecto gelatinoso, claro, no purulento, ni sanguinolento, se envió para estudio citológico que reportó material de contenido quístico, sin presencia de células malignas.

Se realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) que reportó en el fondo vaginal una imagen de



Figura 1. Quiste de Gartner a nivel de introito vaginal.

comportamiento de señal quístico, de paredes gruesas y bien definidas, mide 2,9 cm x 1,9 cm, sin realce con la administración de contraste, al igual que el resto de las estructuras pélvicas, compatible con quiste, aunque no se descartó quiste exofítico de cuello uterino. La lesión no mostró nodularidades en su periferia, ni cambios de señal de la grasa en su alrededor. Adecuado plano de clivaje entre vejiga y recto. Se concluyó como lesión de ocupación de espacio quística, en canal vaginal (Figura 2).

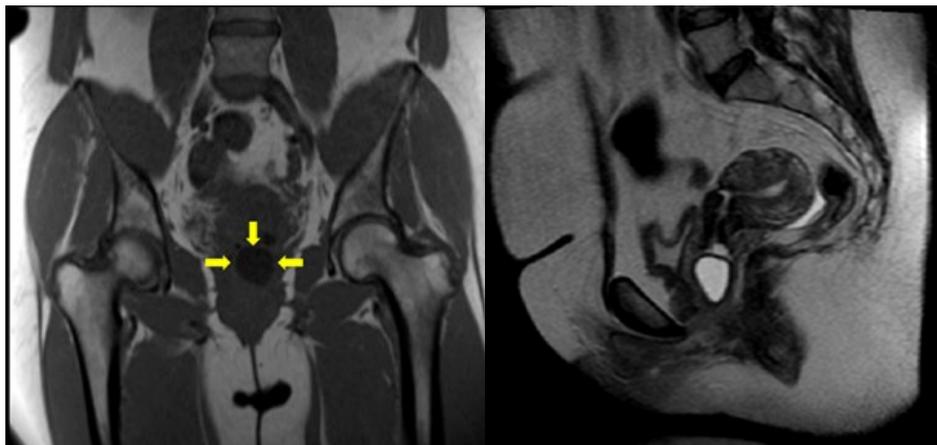


Figura 2. Resonancia magnética nuclear que muestra la lesión quística en canal vaginal (flechas amarillas)



Figura 3. Cistoscopia sin alteraciones anatómicas.

A la exploración cistoscópica, no se evidenciaron alteraciones anatómicas a nivel de vejiga y uretra (Figura 3).

Debido al tamaño de la lesión y su sintomatología, se realizó intervención quirúrgica vía vaginal, la cual consistió en hidrodissección de mucosa vaginal con solución fisiológica en inyectora con aguja de 20G, disección de la formación quística, se liberó la cápsula (Figura 4), se resecó en su totalidad, se recortó el excedente de mucosa y se cerró la pared vaginal. La evolución clínica posoperatoria fue satisfactoria, la paciente egresó al día siguiente, se evaluó a los 15 días, presentando adecuada cicatrización del sitio operatorio. A los 2 meses de cirugía, se evidenció el canal vaginal libre, el cuello uterino macroscópicamente sano y no se apreciaron quistes o tumores vaginales (Figura 5). A los 6 meses no se evidenció recidiva, ni otro tumor a nivel vaginal.

El resultado de biopsia de la lesión extraída fue el siguiente: cápsula de quiste vaginal que mide 4 x 2 cm, hallazgos histológicos cónsonos con cápsula de quiste. Pared vaginal izquierda: fragmento de tejido

que mide 7 x 3 cm, que reporta inflamación crónica leve, congestión vascular, con presencia de epitelio estratificado plano mucoso (Figura 6).



Figura 4. Cápsula del quiste de Gartner.



Figura 5. Canal vaginal libre de quistes a los 2 meses de cirugía.

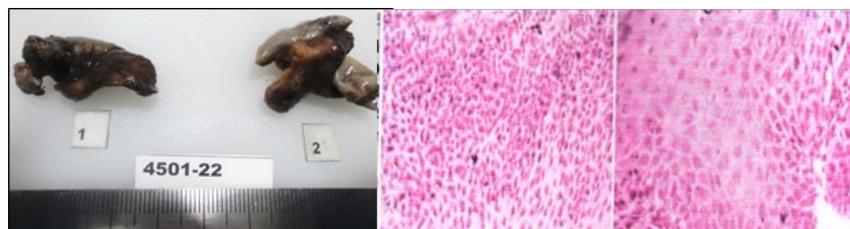


Figura 6. Cápsula de quiste e histología.

DISCUSIÓN

Los QG fueron descritos por Herman Treschow Gartner; estas lesiones se localizan principalmente en la pared vaginal anterolateral derecha y con menor frecuencia en las paredes laterales del útero, en la mayoría de los casos hacia el tercio proximal de la vagina; en el caso presentado, el tumor se encontraba en la pared vaginal izquierda, a nivel del tercio medio, protruyendo a través del introito vaginal (5, 7).

El sistema urogenital se desarrolla a partir del mesodermo intermedio, que forma la cresta urogenital y los conductos mesonéfricos. Los uréteres definitivos, el trigono y el cuello de la vejiga se forman a partir de las porciones distales de los conductos mesonéfricos y de las yemas ureterales adheridas que migran hacia abajo. Los conductos de Wolff en la mujer pueden persistir como restos vestigiales en la pared vaginal anterolateral hasta el himen como conducto de Gartner (8, 9).

Un quiste vaginal se forma principalmente como resultado de la actividad secretora, según lo reportado por Bala y cols. (10); los conductos de Gartner se identifican en aproximadamente el 25 % de todas las mujeres adultas y aproximadamente el 1 % evoluciona hacia quistes del conducto. Cuando los conductos de Wolff permanecen, se genera un mecanismo de secreción que provoca la dilatación de las células circundantes y, por tanto, da lugar a un quiste del conducto de Gartner.

Como la yema ureteral también se desarrolla a partir del conducto de Wolff, un quiste de Gartner se asocia a menudo con la apertura ureteral ectópica, la comunicación con la vagina y displasia renal ipsilateral (8), en el presente caso, la paciente no presentaba ninguna alteración anatómica en el sistema urinario.

El quiste del conducto de Gartner puede estar asociado

o relacionado con anomalías del sistema urinario, como uréter ectópico, aplasia renal unilateral e hipoplasia y comunicación entre el conducto y la vejiga, es por ello, que antes de proceder a la intervención quirúrgica está indicada una revisión exhaustiva con imágenes tales como ecografía o RMN (11, 12). En el caso que se presenta, la paciente fue evaluada por un urólogo, quien realizó video uretro-cistoscopia y evaluó la RMN, y, con ambos estudios paraclínicos, se descartó la presencia de anomalías del tracto urinario asociadas a la lesión quística vaginal y no se observó otra alteración a nivel vesical.

Las anomalías del conducto de Gartner tienen una incidencia muy baja, son generalmente asintomáticas y lo más frecuente es diagnosticarlas en un examen ginecológico de rutina, pero también existen casos como el reportado por Moifo y cols. (13), en una paciente de 30 meses de nacida que a la evaluación cistoscópica presentaba en el labio posterior del cuello de la vejiga, un orificio rodeado de una reacción inflamatoria, mientras que en la vaginoscopia evidenciaron un diafragma vaginal cerrando completamente la vagina en el tercio distal; además, una dilatación quística localizada en la pared vaginal izquierda, extendida hasta el cérvix y el fondo de saco vaginal que tenía comunicación con la vejiga, quedando demostrado como estas malformaciones pueden asociarse con alteraciones en el sistema urinario.

Los QG, por lo general, suelen ser pequeños y asintomáticos, pero pueden generar síntomas como molestias leves, presión vaginal, dispareunia, incontinencia o problemas de obstrucción urinaria. En este caso, la lesión tenía un tamaño importante y generaba sintomatología, motivo por el cual, se decidió la conducta quirúrgica (11, 12). La mayoría de los casos son asintomáticos como lo describen Bala y cols. (10), aunque Liaci y cols. (14), en 66 pacientes estudiadas, reportaron que la mayoría (78 %) presentaban sintomatología, probablemente por el tamaño de sus lesiones. Esto concuerda con

lo evidenciado en el presente caso, que presentaba sintomatología dada por dispareunia, sensación de peso a nivel genital y protrusión de masa a través de vagina.

En cuanto al tamaño que pueden alcanzar estas lesiones, hasta ahora Hagspiel (15) ha reportado una de las lesiones más grandes; se trataba de una paciente de 15 años, quien presentaba una lesión de 16 cm; Mikos y cols. (16) reportaron una lesión quística de 14 cm en una adolescente de 16 años, quien, además, presentaba útero didelfo.

Cuando se está ante la presencia de una tumoración vaginal, es muy importante tener en cuenta los posibles diagnósticos diferenciales, porque del análisis correcto depende un tratamiento exitoso, por ello, las lesiones vaginales se clasifican de acuerdo a su ubicación y características (Cuadro 1).

En cuanto a los estudios de imagen para describir y diagnosticar estas lesiones, se emplean la ecografía y la tomografía axial computarizada, donde se puede evidenciar una masa quística; pero la RMN representa el principal método diagnóstico, ya que permite una mejor caracterización del tejido, define la extensión de la lesión, el origen de la misma y si hay anomalías uretrales asociadas. Aunque existen algunas investigaciones donde se menciona que la RMN, debido a su alto costo, no debe solicitarse de rutina, en la paciente objeto de estudio, las imágenes observadas fueron de utilidad para el diagnóstico (11, 17).

La resección quirúrgica es una opción de tratamiento para los quistes grandes del conducto de Gartner, en vista de que esta paciente presentaba dispareunia y sensación de peso a nivel genital, se decidió la resolución quirúrgica, conducta que concuerda con el manejo dado por diferentes autores (4, 7, 12, 18).

Cuadro 1. Principales diagnósticos diferenciales de quistes vaginales. Adaptado de Macias-Vera y cols. (7).

Lesión	Ubicación más frecuente	Características
Quiste de Bartholino	Tercio inferior de la vagina en su pared posterolateral. Radial 4 y 8 del introito vaginal	Miden entre 1 y 4 centímetros La obstrucción del ducto por el moco secretado o la infección son requisitos para la formación de un quiste de Bartholino Son dolorosos al infectarse
Divertículo uretral	Dos tercios distales de la pared vaginal anterior	Suelen limitarse a las paredes de la uretra Producen incontinencia urinaria intermitente, infecciones
Cistocele	Pared anterior de vagina	Puede estar acompañado de incontinencia urinaria de esfuerzo
Quiste de Gartner	Pared anterolateral derecha de la vagina	Asintomáticos en la mayoría de casos Lo usual es que sean menores a 2 cm
Quiste de Skene	Parauretral distal	Generan obstrucción urinaria, dolor y posibles infecciones
Quiste de inclusión	Área de trauma o cirugía previa	Asintomáticos
Quiste endometriósico	En cualquier parte, normalmente en fondo de saco posterior	Posible dolor Sangrado cíclico

*QUISTE DE GARTNER SINTOMÁTICO. PRESENTACIÓN DE CASO
Y REVISIÓN DE LA LITERATURA*

Como conclusión se puede establecer que los QG en la mayoría de casos son asintomáticos, pero cuando adquieren tamaños importantes, generan síntomas que afectan la calidad de vida de la paciente, es por eso que como especialistas se debe comprender las repercusiones que pueden traer patologías tumorales benignas a nivel vaginal, porque a pesar de lo poco frecuentes que son, se debe dar una solución acorde a cada paciente, teniendo en cuenta que el tratamiento depende de los síntomas que desencadene y siempre deben descartarse otras malformaciones genitourinarias concomitantes, siendo la resección quirúrgica la única forma definitiva de resolver estos casos, con una baja incidencia de complicaciones operatorias y con evolución clínica posoperatoria satisfactoria.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Davidson ERW, Barber MD. A Gartner Duct Cyst Masquerading as Anterior Vaginal Prolapse. *Obstet Gynecol.* 2017;130(5):1039-1041. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002315.
2. Heller DS. Benign Tumors and Tumor-like Lesions of the Vulva. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(3):526-35. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000133.
3. Vaginal cysts. En: Smith RP editor. *Netter's Obstetrics and Gynecology.* 2nd edition. Amsterdam: Elsevier; 2008. p.232.
4. Cope AG, Laughlin-Tommaso SK, Famuyide AO, Gebhart JB, Hopkins MR, Breitkopf DM. Clinical Manifestations and Outcomes in Surgically Managed Gartner Duct Cysts. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(3):473-477. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.01.003.
5. Rios SS, Pereira LC, Santos CB, Chen AC, Chen JR, de Fátima B Vogt M. Conservative treatment and follow-up of vaginal Gartner's duct cysts: a case series. *J Med Case Rep.* 2016;10(1):147. DOI: 10.1186/s13256-016-0936-1.
6. Heller DS. Vaginal cysts: a pathology review. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(2):140-144. DOI: 10.1097/LGT.0b013e3182320ef0.
7. Macías-Vera NN, Velázquez-Castellanos PI, Godoy-Rodríguez N. Quiste de Gartner. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía [Gartner's duct cyst. Case report and literature review]. *Ginecol Obstet Mex [Internet].* 2014 [consulta: 6 de junio de 2022];82(4):252-256. Spanish. Disponible en: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/articulo/quiste-de-gartner-presentacion-de-un-caso-y-revision-de-la-bibliografia>
8. Vlahovic A, Stankovic ZB, Djuricic S, Savic D. Giant Gartner duct cyst and elevated CA-125. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014;27(6):e137-138. DOI: 10.1016/j.jpog.2013.12.007.
9. Nohuz E, Albaut M, Bayeh S, Champel N, Khenifar E. Un kyste de Gartner simulant une cystocèle [A Gartner's duct cyst mimicking a cystocèle]. *Prog Urol.* 2016;26(16):1150-1152. French. DOI: 10.1016/j.purol.2016.10.002..
10. Bala R, Nagpal M, Kaur M, Kaur H. Posterior vaginal wall Gartner's duct cyst. *J Midlife Health.* 2015;6(4):187-190. DOI: 10.4103/0976-7800.172354.
11. Tiwari U, Relia N, Shailesh F, Kaushik C. Gartner Duct Cyst: CT and MRI Findings. *J Obstet Gynaecol India.* 2014;64(Suppl 1):150-151. DOI: 10.1007/s13224-014-0540-5.
12. Niu S, Didde RD, Schuchmann JK, Zoorob D. Gartner's duct cysts: a review of surgical management and a new technique using fluorescein dye. *Int Urogynecol J.* 2020;31(1):55-61. DOI: 10.1007/s00192-019-04091-9.
13. Moifo B, Garel C, Weisgerber G, El Ghoneimi A, Sebag G. Kyste de Gartner communiquant avec la vessie et le vagin, associé à un diaphragme vaginal complet [Gartner's cyst communicating with the bladder and vagina with associated complete vaginal diaphragm]. *J Radiol.* 2005;86(2 Pt 1):170-2. French. DOI: 10.1016/s0221-0363(05)81339-3.
14. Liaci AL, Boesmueller H, Huebner M, Brucker SY, Reisenauer C. Perivaginal benign masses: diagnosis and therapy in a series of 66 women. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(2):367-374. DOI: 10.1007/s00404-016-4234-3.
15. Hagspiel KD. Giant Gartner duct cyst: magnetic resonance imaging findings. *Abdom Imaging.* 1995;20(6):566-8. DOI: 10.1007/BF01256713.

16. Mikos T, Finitis S, Gereade A, Grimbizis GF. Vaginal Excision of a Large Gartner Duct Cyst. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(7):1132-1133. DOI: 10.1016/j.jmig.2018.02.007.
17. Thapa BD, Regmi MC. Gartner's Duct Cyst of the Vagina: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2020;58(227):505-507. DOI: 10.31729/jnma.5009.
18. Inocência G, Azevedo S, Braga A, Carinhas MJ. Large Gartnercyst. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2012007996. DOI: 10.1136/bcr-2012-007996

Recibido: 2 de julio de 2022
Aprobado: 6 de julio de 2022