

Quiste de *Gartner* de localización uterina

Gartner's cyst of uterine location

MSc. Ariel D. Jordán Alonso^{1*,**}  <https://orcid.org/0000-0001-6462-2165>

Dr. Joan García Reyes^{1,***}  <https://orcid.org/0000-0001-8538-5373>

Dra. Lilian Oliver Solaz^{1,****}  <https://orcid.org/0000-0003-0930-3385>

Dr. Oriol Alfonso Moya^{1,*****}  <https://orcid.org/0000-0003-2111-793X>

Dr. Osvaldo Alejo Concepción^{1,*****}  <https://orcid.org/0000-0002-4693-4824>

¹ Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente de Matanzas Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: bibliotecahm.mtz@infomed.sld

RESUMEN

Los quistes de los conductos de *Gartner*, generalmente pequeños, benignos y asintomáticos, son vestigios del canal mesonéfrico de *Wolff*. Representan el 11 % de los quistes vaginales, esta es su localización más frecuente según la literatura consultada. Se presentó un caso operado en el Hospital Militar de Matanzas "Dr. Mario Muñoz Monroy", de localización en la cara posterior del istmo uterino.

Palabras clave: quiste de *Gartner*, conducto de *Wolff*.

ABSTRAC

Gartner's duct cyst, mostly little, benign and asymptomatic, are vestiges of the Wolffian mesonephric duct representing 11 % of the vaginal cysts; this location is the

most frequently reported and published one up to date. The authors presented the case of a patient who underwent a surgery in the Military Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy" with a cyst in the posterior side of the uterine isthmus.

Key words: Gartner's duct cyst; Wolffian duct.

Recibido: 09/04/2018.

Aceptado: 20/02/2020.

INTRODUCCION

El conducto de *Gartner* fue descrito por primera vez por Herman Treschow Gartner(1785-1827), como un vestigio de la parte caudal del conducto de Wolff en las mujeres. Se considera una falta de involución completa en que el tejido glandular persiste y desencadena, en ocasiones, la formación de los quistes del conducto de *Gartner*.⁽¹⁻⁷⁾

Los componentes mesodérmicos urogenitales constituyen los conductos mesonéfricos, paramesonéfricos, riñones y gónadas, aparecen como una invaginación del mesotelio celómico sobre las 5 semanas de gestación. A partir de las 6 semanas del desarrollo, el conducto de *Müller* dará lugar a las trompas de falopio, útero y el tercio superior de la vagina. Posteriormente el conducto de *Wolf* avanza por detrás del periné hasta las paredes laterales de la vagina, donde involuciona y queda como remanente ocasional su porción caudal; el conducto de *Gartner*. En la parte inferior de la vagina el seno urogenital da origen a las glándulas de *Skene* y de Bartholino.⁽⁷⁻⁹⁾

El conducto mesonéfrico *wolffiano* corre paralelo a la trompa de falopio y sus restos embriológicos se localizan en el hilio del ovario. Los quistes mesonéfricos se pueden desarrollar tanto del conducto mesonéfrico como de sus restos tubulares.^(2-6,8,10)

En los varones, en los que solamente existen diminutos residuos *wolffianos*, estos tumores o quistes mesonéfricos son muy poco frecuentes. Se diagnostican por la existencia de hiperplasia de la red testicular, adenocarcinoma testicular o cistoadenoma papilar del epidídimo, relacionados con el origen *wolffiano*.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Los quistes del conducto de *Gartner* están revestidos de células cuboidales bajas, no secretoras de mucina. Por lo general se localizan cerca de la pared antero lateral de la vagina, siguiendo la ruta del conducto mesonéfrico. Representan 11 % de los quistes vaginales, que se originan como consecuencia de la obstrucción total o parcial del conducto de *Gartner*. Resultan más comunes en la tercera y cuarta década de la vida, comúnmente son menores de 2 cm, benignos y asintomáticos. Se descubren durante

la exploración genital de rutina y ayudados por estudios imagenológicos como el ultrasonido y la tomografía axial computarizada (TAC).^(1,7,11-13)

Cuando este tipo de quistes es grande pueden manifestarse con dispareunia, condicionar la distocia durante el parto o simular un prolapso de órganos pélvicos. También puede aparecer como una masa en los genitales externos, con dolor abdominal, descarga vaginal por rotura del quiste (con una coloración ambarina o achocolatada en asociación a hemorragias intraquísticas), infección urinaria recurrente, incontinencia o enuresis o incluso ser múltiples; en el caso de existir varios remanentes embrionarios. Este crecimiento es más evidente durante el período de gestación debido al incremento del flujo sanguíneo de la vulva.^(1,7)

En ocasiones se asocian con otras enfermedades, como disgenesia renal homolateral, uréter ectópico vaginal, útero bipartito, septum vaginal, fístulas vaginales, etc. En el caso de la agenesia renal unilateral se presenta en un 6 % de los pacientes con quiste de *Gartner*.

Hasta el 50% de los pacientes con quiste de *Gartner* y displasia renal también puede presentar obstrucción ipsilateral del conducto de *Müller*.^(7,8,14,15)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 44 años de edad, con antecedentes obstétricos de 3 embarazos, 2 partos y un aborto 1 espontáneo. Acudió a la institución hospitalaria por presentar, desde hacía alrededor de dos años, dolor en hemiabdomen inferior, más hacia la fosa ilíaca izquierda y al contacto sexual; se aliviaba con analgésicos y se asociaba a hiperpolimenorrea.

Al examen físico el abdomen era doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca izquierda y al tacto vaginal la vagina era de temperatura normal. Se palpó una masa renitente, redondeada, poco movable, lateralizada a la izquierda, dolorosa al tacto. No existía colporeea ni sangrado.

Los complementarios hematológicos estaban dentro de límites normales.

En el ultrasonido de abdomen se observó el útero de tamaño normal, de estructura homogénea y por detrás se apreció una imagen ecolúcida, con reforzamiento de la pared posterior, de 59,9 mm X 50,8 mm X 57 mm, de aspecto quístico. El ovario izquierdo se mostraba normal. ([Fig. 1](#))

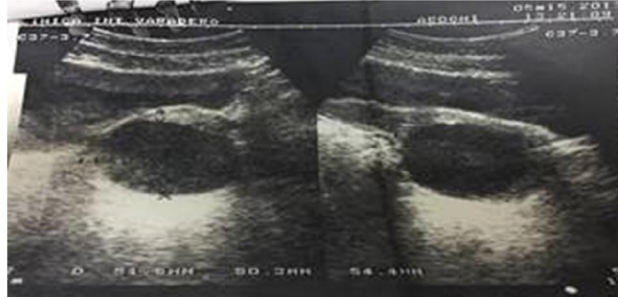


Fig. 1. Ultrasonido ginecológico realizado a la paciente.

Se le realizó un legrado diagnóstico que arrojó un endometrio en estadio proliferativo. CA: 24 U/ml.

Según los datos que se obtuvieron al interrogatorio, examen físico y los estudios complementarios impresionó tratarse de un quiste de ovario derecho pediculado, y con tal diagnóstico se decidió aplicar tratamiento quirúrgico de la afección.

Durante el acto operatorio se encontró un quiste de ovario derecho de 5 cm y una masa aparentemente quística que abultaba y formaba cuerpo con la pared posterior del istmo uterino de aproximadamente 7 cm. Se practicó histerectomía abdominal total que incluyó la masa quística, salpingectomía bilateral, ooforectomía derecha y apendicectomía incidental (profiláctica o complementaria como también se conoce).

Todos los órganos extirpados fueron enviados a Anatomía Patológica para su estudio histológico, informándose:

Estudio macroscópico: útero piriforme, que al corte se observó canal endometrial lineal. Se apreció a un 1 cm de este una cavidad quística de 4 cm, de paredes lisas, cubierta por el perímetro. ([Fig. 2](#) y [Fig. 3](#)).

Estudio microscópico B-18-1514. ([Fig. 4](#) y [Fig. 5](#)).

- Útero: quiste mesonéfrico del conducto de *Gartner*.
- Ovario derecho: cuerpos albicans, cuerpo luten hemorrágico.
- Trompas: sin alteraciones.
- Apéndice cecal: sin alteraciones.



Fig. 2. Pieza quirúrgica.

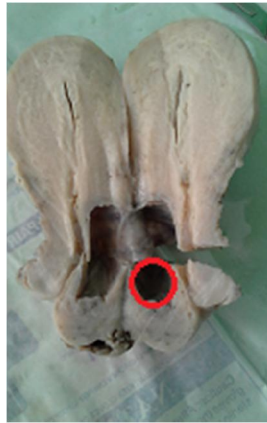


Fig. 3. Cavidad del quiste de Gartner.

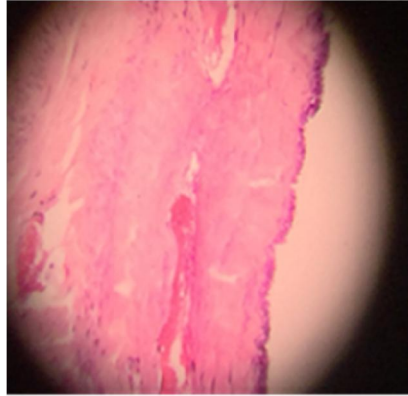


Fig. 4. Estudio microscópico B-18-1514.

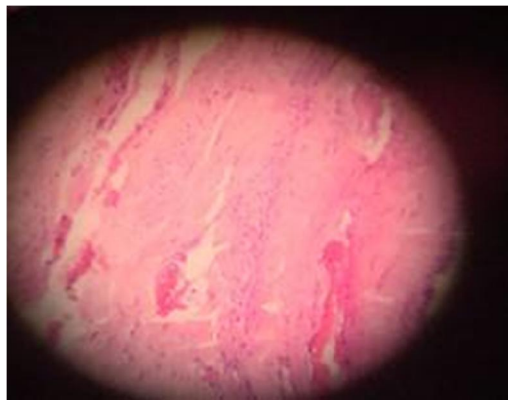


Fig. 5. Estudio microscópico.

DISCUSIÓN

Los quistes de *Gartner* son una entidad poco frecuente dentro de la práctica quirúrgica habitual. Generalmente, su diagnóstico constituye un hallazgo en el transoperatorio de cualquier cirugía en la mayoría de los casos, aunque puede ser sospechado ante masas en las paredes laterales de la vagina.

Es difícil realizar el diagnóstico diferencial con el resto de quistes vaginales (conducto de *Müller*, de las glándulas de *Skene*, epidermoides, de las glándulas de Bartholino) mediante la anamnesis y la exploración física, dado que su clínica y morfología son

similares. Es necesaria la caracterización histológica para realizar el diagnóstico definitivo. Por tanto, es preciso tener en cuenta los diversos diagnósticos diferenciales de los quistes vaginales, los cuales se clasifican de acuerdo con su localización y/o su histología.^(1,7)

Macías Vera NN y cols.⁽¹⁾ hace una revisión según su localización de los quistes vaginales. Sitúa a los *müllerianos* y los de *Gartner* (Mesonéfricos) en cualquier lugar, generalmente en la pared vaginal anterolateral. El parauretral de *Skene*, en el piso de la uretra distal; la carúncula uretral en el meato; el ureteroceles ectópico, en posición periuretral. Los quistes de *Bartholino*, en el introito lateral hacia el labio menor; la vaginitis enfisematosa, en los 2/3 superiores de la vagina; el hidroadenoma, en el sulcus interlabial; las adenosis, en los fórnices vaginales y paredes superiores. El quiste de *Nuck*, superior al labio mayor o en el canal inguinal; los quistes de inclusión, en áreas de cirugía previa; el quiste dermoide, paravaginal. Por último, la endometriosis, puede aparecer en cualquier lugar, pero frecuentemente suele aparecer en el fórnix posterior.

Molina Escudero R y cols.⁽⁷⁾ en su descripción de las características anatomopatológicas de los quistes vaginales plantean que los quistes escamosos de inclusión están revestidos por epitelio escamoso estratificado. Usualmente localizado en la pared posterior cerca de una reparación de episiotomía y pueden contener material caseoso o purulento. En el caso del quiste de *Gartner*, se presenta revestido por células cuboidales bajas, no secretoras de mucina; comúnmente cerca de la pared antero lateral de la vagina, siguiendo la ruta del conducto mesonéfricos. Por otra parte, los quistes *Müllerianos* están revestidos por células columnares altas secretoras de mucina, localizada en cualquier zona de la vagina. Los quistes de la glándula de *Bartholino*, se caracterizan por estar revestidos por células secretoras de mucina, células escamosas, o células transicionales localizadas cerca de la apertura de la glándula de *Bartholino* hacia el vestíbulo, lo cual permite diferenciarlos entre ellos.

Cualquier anomalía en el desarrollo de los elementos urogenitales puede conllevar a diferentes tipos de quistes retroperitoneales, vaginales y parauretrales; incluso mesentéricos y paraováricos. Todos ellos, de origen mesotelial, mesonéfrico o paramesonéfrico, fueron en otra época clasificada como traumática, infecciosa, degenerativa e incluso como neoplásicos.⁽⁸⁾

En un artículo revisado se plantea la disyuntiva de si los tumores mesonéfricos *wolffianos*, respecto a su histogénesis, son una ilusión o una trampa, ya que tumores considerados como *wolffianos* finalmente han tenido otros orígenes, como los mesonefomas.⁽⁸⁾

En la bibliografía consultada no se encontró ningún caso diagnosticado y operado de quiste de *Gartner* de localización uterina, como el de este reporte donde el tratamiento quirúrgico resultó satisfactorio.

Existen escasas publicaciones sobre dicha entidad y en su mayoría exponen casos cuya localización es vaginal, asintomáticos y que protruyen hacia el introito vaginal. A diferencia del presente caso que iba asociado a dolor bajo vientre, su localización era en la pared posterior del istmo uterino. Se coincide con el resto de los autores, que resultó un hallazgo en el transoperatorio, iba asociado a otras afecciones ginecológicas como el mioma uterino y quiste anexial. Contribuyeron a su diagnóstico los estudios

imagenológicos, como el ultrasonido ginecológico. La confirmación de su diagnóstico fue dada por la histología.

Se consultaron revisiones más recientes sobre el tema, a partir del año 2013 y hasta el año 2018, como el caso que reporta un gran quiste vaginal de tipo *mülleriano*, en la pared anterior de la vagina. En una paciente de 34 años, durante su segundo trimestre de la gestación y que originalmente se diagnosticó como cistocele pues lo único que presentaba la paciente era sensación de bulto en la vagina, pero mostraba hacia el introito vaginal la protrusión de una masa reductible.

Se reporta el caso de un quiste de *Gartner* retrovesical, con disfunción en el vaciado y compresión extrínseca del cuello vesical y consecuente incontinencia urinaria.⁽¹⁾

Macías Vera NN, et al.⁽¹⁾ exponen un caso también de localización vaginal, en el fondo de saco lateral izquierdo, que protruía hacia el introito vaginal. Por otra parte, se constató el caso de un quiste de *Gartner* gigante de 8 cm que se descubrió en un estudio genital rutinario. Difiere de este reporte, la ausencia de síntomas a pesar de su tamaño.^(1,15)

Molina Escudero R, et al.⁽⁷⁾ muestran una serie de cuatro reportes con quistes de *Gartner*, todos de localización vaginal: 2 de las pacientes lo tenían en la pared lateral izquierda, una tercera en la pared anterior y la cuarta en la pared lateral derecha.

Carrera Gutiérrez J, et al.⁽⁸⁾ presentan un caso con un quiste de *Gartner* gigante, en la cara posterosuperior de la vagina de aproximadamente de 10 cm de diámetro; asociado a útero polimiomatoso. Esta enfermedad también estuvo asociada en la paciente estudiada.

Los quistes de *Gartner* constituyen una entidad poco frecuente dentro de la práctica quirúrgica habitual. Este tipo de quiste puede asociarse a otras afecciones ginecológicas, tales como mioma uterino, quiste anexial y anomalías del sistema urogenital como las duplicidades ureterales y malformaciones renales.

El diagnóstico diferencial con otros quistes vaginales es difícil dada su gran similitud clínica. Es necesario el estudio histopatológico del quiste para establecer el diagnóstico definitivo.

El presente reporte de localización uterina constituyó el primer y único caso conocido por los autores hasta la fecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Macías-Vera NN, Velázquez-Castellanos PI, Godoy-Rodríguez N. Quiste de Gartner. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex[Internet]. 2014[citado 13/03/18] ; 82 (04). Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48771>

2. Roa I, Del Sol M. Clarificación de la Terminología Embriológica: Conducto de Gartner. Int J Med Surg Sci [Internet]. 2015[citado 13/03/18]; 2(2) :481-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283031799_Clarification_of_Terminologia_Embryologica_Gartner_Duct
3. Duque Parra JE, Barco Ríos J, Duque Quintero N. Depurando la *Terminología Anatómica*. Apertura y Foramen, Dos Similitudes y Redundancia Terminológica. Int J Morphol [Internet]. 2012[citado 13/03/18]; 30(4):1497-9. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022012000400037&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Duque Parra JE, Ríos J. Umbilical- spinous line: a morphological term that should be included in the anatomical Terminology. Colomb Med. (Cali). 2013; 44(3):202-4. Citado en PubMed; PMID: 24892620.
5. Toy T, Yazıcı F. Female genital tract cysts. Eur J Gen Med [Internet]. 2012[citado 13/03/18]; 9(Suppl. 1):21-6. Disponible en: <http://www.ejgm.co.uk/article/female-genital-tract-cysts-7011>
6. Young P. propósito de la enfermedad de Wegener y los epónimos en medicina. RAMR [Internet]. 2015[citado 13/03/18]; 1 :14-7. Disponible en: http://www.ramr.org/articulos/volumen_15_numero_1/perspectivas/perspectiva_a_proposito_enfermedad_wegener_y_eponimos_medicina.pdf
7. Molina Escudero R, Navas Martínez MC, Castillo OA. Quiste del conducto de Gartner. presentación de una serie de cuatro casos y revisión de la literatura Arch Esp Urol [Internet]. 2014[citado 13/03/18]; 67 (2): 181-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4652722>
8. Carrera Gutiérrez J; Simón Adiego C; González Pérez F, et al. Quiste de Gärtner gigante. A propósito de un caso asociado a útero polimiomatoso. *Cir Esp 2000 jun. 67(6):607-9*. Citado en ES1.1 BNCS; ID: ibc-5533.
9. Arteaga Martínez SM, García Peláez MI. Embriología humana y biología del desarrollo [Internet]. México D.F. : Médica Panamericana; 2014. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/embriologia-humana-y-biologia-del-desarrollo-9788491135265.html>
10. Rojas M, Prieto R. Embriología del sistema genital femenino. Int J Med Surg Sci [Internet]. 2014[citado 13/03/18]; 1(2):153-66. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X00718753>
11. Arias Valdés EM, Mancha Heredero E, García-Tuñón CM, et al. Quiste del conducto de Gartner asociado a carcinoma microinvasor de cérvix y presentado en una paciente como prolapso de órganos pélvicos. Rev Progresos Obstetricia Ginecología. 2014; 57 (7) 2: 308-11 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4807901>

12. Long Ch, Wang Ch, Hsu CH. Anterior vaginal cyst mimicking a cystocele assessed by transperineal ultrasound. Letters to the editor-Brief communication. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Nov; 165(1): 128-9. Citado en PubMed; PMID: 22854220.
13. Asfaw TS, Greer JA, Ramchandani P, et al. Utility of preoperative examination and magnetic resonance imaging for diagnosis of anterior vaginal wall masses. Int Urogynecol J. 2012 Aug; 23(8): 1055-61. Citado en PubMed; PMID: 22302079.
14. Paraira M. Quiste del conducto de Gartner y otras masas quísticas paravaginales: diagnóstico diferencial por resonancia magnética: Departament de diagnòstic per la imatge. Barcelona: Instituto Universitari Dexeus; 2014.
15. Baky F, Mohamed A. Rare Congenital Genitourinary Anomalies. Verlag Berlin: Springer; 2015.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

** El primer autor diseñó el trabajo, realizó la discusión de los resultados y aprobó el manuscrito. El quinto realizó la interpretación de los datos.

*** El segundo realizó búsqueda bibliográfica y revisión del documento final.

**** El tercero realizó la búsqueda bibliográfica y la revisión del documento final.

***** El cuarto revisó y aprobó el documento final.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Jordán Alonso AD, García Reyes J, Oliver Solaz L, et al. Quiste de Gartner de localización uterina. Rev Méd Electrón [Internet]. 2020 Sep.-Oct. [citado: fecha de acceso]; 42(5). Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2717/4897>