

# Quiste del conducto de Gartner gigante: complicaciones y manejo.

*Giant Gartner duct cyst: complications and management.*

Martínez Martínez C<sup>1</sup>, Láinez Ramos-Bossini AJ<sup>2</sup>, Moya Sánchez E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

## RESUMEN

La persistencia del quiste del conducto de Gartner es una entidad bastante infrecuente que consiste en la persistencia de un remanente del conducto de Wolff o mesonéfrico. Suelen estar localizados en el aspecto anterolateral de la vagina, pero pueden hallarse en cualquier localización de la pared vaginal. Pueden estar asociados a malformaciones nefrourológicas como uréter ectópico o agenesia o hipoplasia renal unilateral. Con frecuencia, los quistes del conducto de Gartner son pequeños y asintomáticos, pero si son lo suficientemente grandes pueden producir síntomas como dolor pélvico o dispareunia.

La ecografía y la tomografía computarizada (TC) muestran una lesión de aspecto quístico, siendo la resonancia magnética (RM) la prueba de imagen de elección para caracterizar mejor la lesión y su extensión, así como las anomalías urológicas asociadas. La escisión del quiste de conducto de Gartner está indicada cuando presenta

un gran tamaño, aunque también puede realizarse tratamiento conservador mediante drenaje del mismo.

**Palabras clave:** conductos mesonéfricos, tomografía computarizada por rayos X, imagen por resonancia magnética, diagnóstico por imagen.

## ABSTRACT

The persistence of the Gartner duct cyst is a fairly uncommon entity consisting of the persistence of a remnant of the Wolff or mesonephric duct. They are usually located in the anterolateral aspect of the vagina, but it can be found in any location of the vaginal wall. They may be associated with nephrourological malformations such as ectopic ureter or agenesis or unilateral renal hypoplasia. Frequently, Gartner's duct cysts are small and asymptomatic, but if they are large enough they can cause symptoms such as pelvic pain or dyspareunia.

Ultrasound and computed tomography (CT) show a cystic-looking lesion, magnetic resonance imaging (MRI) being the imaging test of choice to better characterize the lesion and its extent, as well as associated urological abnormalities. Excision of the Gartner duct cyst is indicated when it is large, although conservative treatment can also be performed by draining it.

## CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez  
Hospital Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[elemoya89@gmail.com](mailto:elemoya89@gmail.com)

XREF

## CITA ESTE TRABAJO

Martínez Martínez C, Láinez Ramos-Bossini AJ, Moya Sánchez E. Quiste del conducto de Gartner gigante: complicaciones y manejo. Cir Andal. 2020;31(2):196-98.

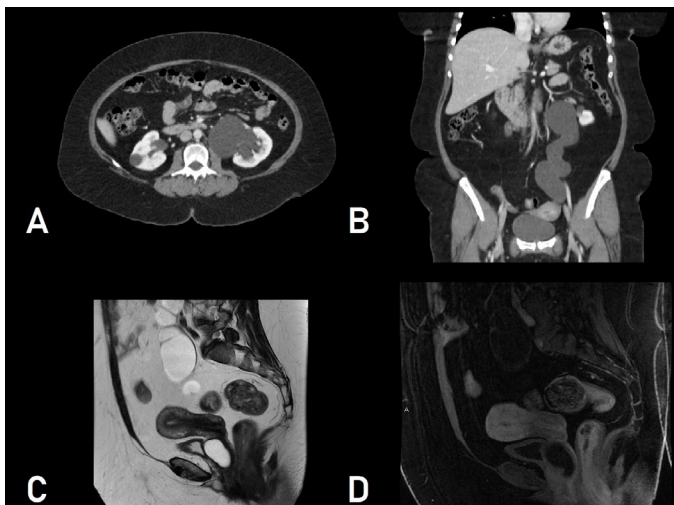
**Keywords:** Wolffian ducts tomography, X-ray computed, magnetic resonance imaging, diagnostic imaging.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 56 años que en una exploración rutinaria de ecografía de abdomen por dolor abdominal de carácter inespecífico se visualizó incidentalmente una lesión quística adyacente a la porción superior de la vagina y cérvix uterino con extensión craneal hacia el hilio renal izquierdo.

Se realizó TC abdominopélvico (Figuras 1A y 1B) para caracterización de la lesión en la que se observó una lesión quística simple, sin realce tras la administración de contraste intravenoso y de un tamaño aproximado de 23 mm de diámetro axial, mostrando plano de clivaje con el hilio renal.

Se completó el estudio con RM de pelvis (Figuras 1C y 1D) que confirmó estos hallazgos: presencia de una lesión quística (hiperintensa en secuencias potenciadas en T2 e hipointensa en secuencias potenciadas en T1), sin repleción de la misma tras la administración de contraste en fase tardía y sin comunicación de la lesión con la vejiga urinaria, precisándose su independencia del aparato urinario, por lo que debido a estos hallazgos radiológicos, se concluyó el diagnóstico de quiste gigante del conducto de Gartner.

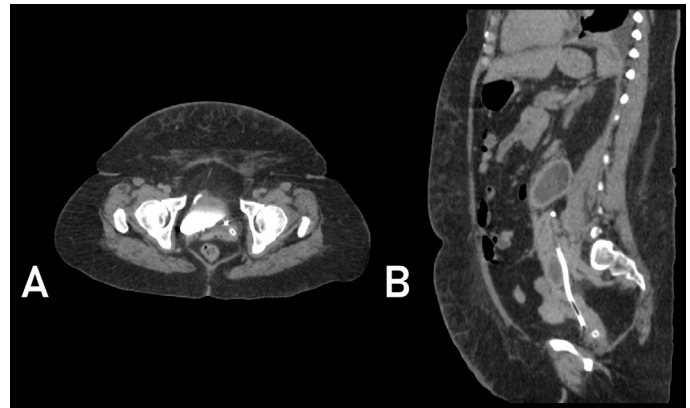


**Figura 1**

TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal en plano axial (A) y coronal (B) que muestra quiste del conducto de Gartner: lesión quística de morfología tubular y serpiginosa que se extiende lateral a la porción superior de la vagina y cérvix uterino hasta el hilio renal izquierdo. RM de pelvis: secuencia potenciada en T2 sin contraste intravenoso en plano sagital (C) y secuencia potenciada en T1 con contraste intravenoso y supresión de la grasa en plano sagital (D) que muestra una lesión de comportamiento quístico hipointensa en secuencia potenciada en T1 e hiperintensa en secuencia potenciada en T2 y que no realza tras la administración de contraste intravenoso.

Inicialmente se mantuvo actitud conservadora. A los meses del diagnóstico la paciente volvió a acudir a urgencias por presentar dolor en flanco izquierdo asociado a leucocitosis y aumento de PCR así como ureterohidronefrosis grado 3 por compresión extrínseca, realizándose el diagnóstico de infección del quiste de Gartner. Se

colocó catéter doble J en sistema colector izquierdo y se procedió a drenar el quiste. En controles posteriores se observó resolución de la ureterohidronefrosis y disminución del tamaño lesional (Figura 2).



**Figura 2**

TC abdominopélvico en fase tardía en plano axial (A) y sagital (B) que muestra el extremo distal del tubo de drenaje en la pared lateral izquierda de la vagina con disminución del tamaño del quiste de Gartner. Catéter doble J en el sistema excretor izquierdo.

### DISCUSIÓN

Los quistes del conducto de Gartner son lesiones quísticas benignas que derivan del conducto mesonéfrico o conducto de Wolff. En los varones, durante el periodo embrionario estos conductos forman las vesículas seminales, conductos deferentes y los epidídimos<sup>1</sup>. En la mujer, los conductos de Wolff degeneran en ausencia de testosterona, pero en ocasiones persiste un remanente en la pared vaginal denominado quiste de Gartner. Estos quistes suelen localizarse en el aspecto anterolateral de la vagina, pero pueden hallarse en cualquier localización de la pared vaginal. Los quistes de Gartner pueden asociarse a malformaciones del tracto urinario como uréter ectópico, agenesia o hipoplasia renal unilateral<sup>2</sup>.

Frecuentemente, los quistes del conducto de Gartner son pequeños, por lo general menores a 2 cm, y asintomáticos; sin embargo, si son lo suficientemente grandes pueden ocasionar síntomas como dolor abdominal, incontinencia urinaria, infección del tracto urinario o secreción vaginal anormal<sup>3</sup>. En estos casos, son útiles las pruebas de imagen para realizar un diagnóstico diferencial correcto como en nuestro caso. En el diagnóstico diferencial se debe incluir el quiste de Bartolino, el divertículo uretral y el cistocele<sup>2</sup>.

En cuanto a las pruebas de imagen, la ecografía y la TC muestran una lesión de aspecto quístico; es decir, en la ecografía como una lesión hipocogénica bien delimitada y en la TC como una lesión hipodensa. No obstante, y como suele ocurrir con otros quistes, pueden presentar características morfológicas atípicas dependiendo de su contenido y aparecer como una lesión hiperecogénica en ecografía e hiperdensa en el TC<sup>4</sup>.

La RM es la prueba de elección para realizar el diagnóstico al caracterizar y delimitar mejor la lesión. Al tratarse de una lesión quística, es hiperintensa en secuencias potenciadas en T2 e hipo o isointensa en secuencias potenciadas en T1, esta última variable en función del contenido proteináceo del quiste<sup>4</sup>.

El tratamiento suele ser conservador; no obstante, en los quistes de Gartner de mayor tamaño, puede realizarse drenaje<sup>5</sup> o incluso escisión del mismo<sup>1,6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hoogendam JP, Smink M. Gartner's Duct Cyst. *N Engl J Med* 2017; 376.
2. Tiwari U, Relia N, Shailesh F, Kaushik C. Gartner Duct Cyst: CT and MRI Findings. *J Obstet Gynaecol India* 2014 Dec;64(Suppl 1):150-151.
3. Ohya T, Tsunoda S, Ariei S, Iwai T. Diagnosis and treatment for persistent Gartner duct cyst in an infant: A case report. *J Pediatr Surg* 2002; 37:E4.
4. Hagspiel KD. Giant Gartner duct cyst: magnetic resonance imaging findings. *Abdom Imaging* 1999;20:566-568.
5. Abd-Rabbo MS, Atta MA. Aspiration and tetracycline sclerotherapy: a novel method for management of vaginal and vulval Gartner cysts. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;35:235.
6. Bats AS, Metzger U, Le Frere-Belda MA, et al. Malignant transformation of Gartner cyst. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19: 1655-1657.