

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Quiste del conducto de Gartner asociado a carcinoma microinvasor de cérvix y presentado en una paciente como prolapso de órganos pélvicos



Elsa María Arias Valdés ^{a,*}, Elvira Mancha Heredero ^b, Carlos Marina García-Tuñón ^b,
María del Carmen González Tejero ^b y Fernando Vázquez Camino ^b

^a Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España

^b Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Recibido el 29 de noviembre de 2013; aceptado el 22 de abril de 2014

Disponible en Internet el 5 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Quiste vaginal;
Quiste del conducto
de Gartner;
Prolapso de órganos
pélvicos;
Resonancia magnética

Resumen La incidencia de los quistes vaginales está estimada en un 1%; de estos, una parte los constituyen los quistes de origen embrionario, como es el caso del quiste del conducto de Gartner. Estos últimos suelen ser de pequeño tamaño y asintomáticos, aunque en algunas situaciones aumentan de tamaño y, por la localización, pueden dar lugar a sintomatología relacionada con patología del suelo pélvico. La importancia radica en un correcto diagnóstico diferencial, donde las pruebas complementarias de elección serán la ecografía transvaginal y, sobre todo, la resonancia magnética, la cual permitirá establecer las características del quiste, la localización y si existe o no asociación a anomalías del sistema urinario. En este trabajo presentamos un caso de quiste del conducto de Gartner asociado a carcinoma invasivo de cérvix, diagnosticado en una mujer de 49 años que acudió a nuestra consulta presentando sintomatología relacionada con prolapso de órganos pélvicos, concretamente cistocele.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Vaginal cyst;
Gartner' duct cyst;
Pelvic organ prolapse;
Magnetic resonance

Gartner's duct cyst associated with invasive cervical carcinoma mimicking pelvic organ prolapse

Abstract The incidence of vaginal cysts is estimated to be 1%. Some of these cysts, such as Gartner's duct cyst, are of embryological origin. These cysts are usually small and asymptomatic but they can sometimes grow and, due to their location, produce symptoms related to pelvic floor disease. A correct differential diagnosis is essential, in which the main complementary tests are transvaginal ultrasound and especially magnetic resonance imaging, which will establish the features and location of the cyst as well as any anomalies of the urinary system. We report a case of Gartner's duct cyst associated with invasive cervical carcinoma in a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elsaarias_2@hotmail.com (E.M. Arias Valdés).

49-year-old woman who presented with symptoms similar to pelvic organ prolapse, specifically cystocele.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los quistes vaginales hacen referencia a formaciones saculares cubiertas por mucosa vaginal y su incidencia está estimada en un 1%¹. Una parte de estos está constituida por los quistes de origen embrionario, los cuales, según la clasificación de Schlunt y Raz², se dividen a su vez en: quistes müllerianos, quistes del conducto de Gartner, del conducto de Skene y Bartholino, adenosis vaginal y quistes del canal de Nuck.

La lesión actualmente conocida como quiste de Gartner fue inicialmente descrita en animales por Malpighi en 1681 y, posteriormente, por Gartner en humanos en 1822³.

Su presencia tiene explicación en el desarrollo embriológico, siendo un vestigio del sistema mesonéfrico embrionario. Cuando persisten estos restos vestigiales, normalmente se produce una regresión de los mismos durante el desarrollo temprano, persistiendo en una minoría⁴, de la cual un pequeño porcentaje evolucionará a hiperplasia o, más raramente, carcinoma⁵⁻⁷.

Típicamente, se caracterizan por su pequeño tamaño (diámetro medio de 2 cm), aunque en ocasiones pueden alcanzar un gran tamaño; asimismo pueden estar asociados a anomalías del sistema metanéfrico urinario^{1,8}, aunque dichas anomalías suelen diagnosticarse en la infancia, como es el caso del uréter ectópico.

Las manifestaciones clínicas suelen ser directamente proporcionales al tamaño y la localización de la masa. Habitualmente, son de pequeño tamaño y asintomáticos, siendo su diagnóstico casual en exploraciones ginecológicas rutinarias. En los casos de mayor tamaño, los síntomas más frecuentes son la dispareunia y, en mayor o menor medida, la incontinencia urinaria, en función del grado de afectación uretral y la asociación a anomalías del sistema metanéfrico urinario^{9,10}.

A continuación, presentamos el caso clínico de un quiste del conducto de Gartner asociado a carcinoma microinvasor de cérvix en una paciente de 49 años de edad que consulta por prolapso de órganos pélvicos (POP).

Caso clínico

Se trata de una mujer de 49 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a nuestra consulta para valoración ginecológica por diagnóstico de POP que afecta al compartimento anterior. La paciente no refiere incontinencia urinaria pero sí polaquiruria. Asimismo refiere una dispareunia creciente, sobre todo en los últimos meses, que le ha llegado a afectar considerablemente a la calidad de vida.

En la exploración física se objetivan genitales externos sin alteraciones, la exploración con espéculo se realiza con dificultad, debido al dolor intenso que experimenta la

paciente al efectuarla, no visualizando alteraciones significativas en el cérvix ni en la vagina, salvo en la cara anterior, en el tercio proximal, donde se aprecia una masa que protruye a través de la misma. Se completa la exploración con tacto vaginal, donde se aprecia la masa redondeada, bien delimitada y de consistencia elástica, se intenta reducir sin éxito y provocando severas molestias a la paciente.

Como pruebas complementarias, se realiza, en primer lugar, una ecografía transvaginal, visualizando un útero en anteversión, de morfología y tamaño normal, con endometrio lineal y anejos visibles sin alteraciones significativas. Al colocar la sonda vaginal sobre el tercio proximal de la vagina, llama la atención, en la cara anterior, la presencia de una masa, redondeada y tabicada, de contenido homogéneo, situada en espacio prevesical, que produce intensa compresión de la vejiga, no llegando a visualizar con claridad si la pared anterior de la misma se encuentra o no infiltrada. La tumoración presenta en su totalidad unas dimensiones de 42,1 mm × 42,8 mm (fig. 1). Se solicita una resonancia magnética (RM) para completar el diagnóstico, que informa la masa como quística compleja, situada entre la vagina y la uretra, con íntimo contacto también con el suelo vesical sobre el que realiza impronta, con unos diámetros en corte axial de 3,8 × 4,1 cm y craneocaudal 3,8 cm, interior de contenido quístico, varios tabiques y pequeño nivel líquido-líquido o detritus en su porción más declive. Las figuras 2 y 3 muestran la tumoración visible en resonancia magnética nuclear, que, por sus características radiológicas, es compatible con quiste del conducto de Gartner (siendo siempre un diagnóstico radiológico o de sospecha ya que dependemos de la confirmación anatomopatológica), las indicaciones anteriores forman parte del informe realizado por los radiólogos que realizan dicha RMN, indicando



Figura 1 Tumoración vista y medida en ecografía transvaginal.

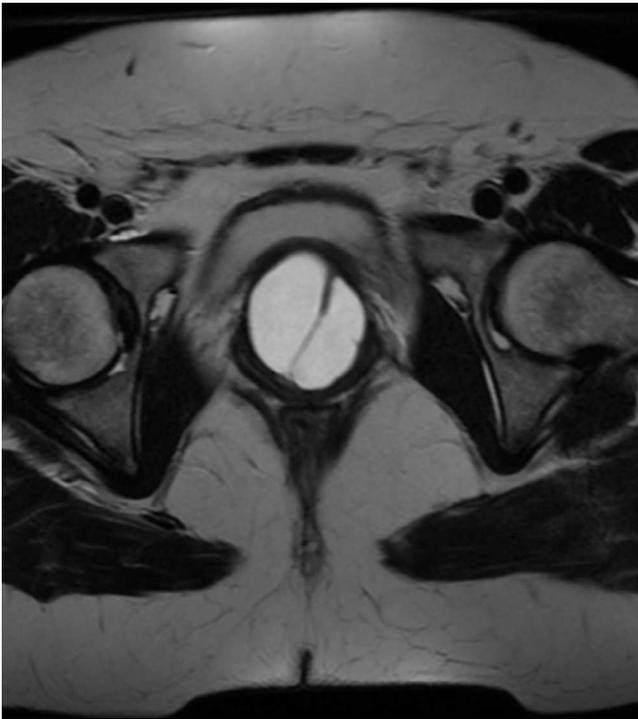


Figura 2 Tumoración vista en corte axial en RM.



Figura 3 Tumoración vista en corte longitudinal en RM.

descriptivamente tanto morfología de la masa como tamaño y organodependencia.

Como información adicional, la RM destaca un aumento generalizado del componente mucoso cervical, sin evidenciarse imágenes claras de masa a dicho nivel, por lo que se realiza una citología en la segunda consulta. El resultado de la misma es de lesión intraepitelial escamosa de alto grado, con determinación de tipificación viral y resultado del mismo

como de alto riesgo. Siguiendo, por tanto, la correcta secuencia diagnóstica, a la paciente seguidamente se le realiza colposcopia con biopsia de las zonas con sospecha de lesión. El anatomopatólogo recibe 3 fragmentos de tejido fijados en formol, de coloración grisácea, inferiores a un milímetro los 2 primeros y el tercero de $0,3 \times 0,2$ cm. El resultado es informado como cambios de alto grado (neoplasia cervical intraepitelial II-III) y cambios citopáticos de infección por virus del papiloma humano (coilocitos). Teniendo en cuenta el engrosamiento generalizado informado en la RM con extensión a través de mucosa endocervical, y dada la edad y la marcada cancerofobia de la paciente, se decide la realización de histerectomía total con doble anexectomía por vía laparotómica, empleando tanto esta vía como la vaginal para la extirpación de la masa prevesical a estudio debido a su difícil acceso y su estrecha relación con la vejiga y la uretra. El postoperatorio cursa sin incidencias; la paciente muestra en todo momento una evolución favorable, con deambulacion espontánea al segundo día de la cirugía. Se mantiene sondaje vesical 7 días. El estudio anatomopatológico informa la masa como quiste del conducto de Gartner y en la pieza de histerectomía se diagnostica un carcinoma epidermoide microinvasor de cérvix, que se clasifica en estadio IA1, sin compromiso del espacio linfovascular, por lo que la paciente no precisó tratamientos complementarios.

Discusión

La localización de estos quistes suele ser la parte anterolateral de la vagina; este hecho es importante de cara al diagnóstico diferencial, el cual es fundamental para el manejo de la paciente, incluyendo en el cribado el POP (cistocele), ya que los síntomas pueden ser tan similares que den lugar a un diagnóstico y, por ende, un tratamiento erróneo.

Por tanto, consideramos fundamental la realización de pruebas de imagen complementarias, en primer lugar, la ecografía, por ser una técnica de fácil manejo y accesibilidad para el especialista, al poderse realizar en la misma consulta, no necesitar una preparación especial de la paciente y, en algunos casos, no se precisa de pruebas de imagen adicionales para confirmación de la sospecha diagnóstica. Realizaremos ecografía de forma sistemática en mujeres con sintomatología vaginal y/o POP. Para una correcta valoración de los genitales internos y de relación topográfica de las distintas patologías, la vía de elección será la vaginal.

En segundo lugar, y no menos importante si hablamos del caso que en esta ocasión nos compete, hemos de dar especial importancia a la RM. Estos quistes muestran una intensidad de señal débil en T1 e intensa en T2, cuando se trata de quistes simples. Sin embargo, en los casos de asociación de complicaciones como hemorragia o cuando el contenido del quiste asocia mucina, la intensidad cambia a intermedia-elevada en T1⁸. La RM no solo es importante para la confirmación diagnóstica, ya que ayuda a establecer las características del quiste, sino que también resulta de utilidad para hacer un estudio más detallado, buscando las posibles anomalías del sistema urinario que asocia esta patología.

Recientes estudios⁴ se centran en la inmunohistoquímica, dando importancia a la expresión de la proteína PAX2 para distinguir lesiones glandulares benignas de origen mesonéfrico o mülleriano de malignas como el adenocarcinoma cervical, siendo en las primeras una expresión fuerte y difusa de dicha proteína.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Arlette Adauy E, Hugo Salinas P, Benjamín Naranjo D, Beatriz Retamales M. Quistes vaginales. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:252–8.
2. Schlunt K, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: A literatura review. *J Urology.* 2003;170:717–22.
3. Young EB. A cyst of Gartner's duct extending from the vagina into the parametrium. *Boston City Hospital Clinical Meeting. Boston Med Surg J.* 1905;152:216–23.
4. Rabban JT, McAlhany S, Lerwill MF, Grenert JP, Zaloudek CJ. PAX2 Distinguishes benign mesonephric and müllerian glandular lesions of the cervix from endocervical adenocarcinoma, including minimal deviation adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol.* 2010;34:137–46.
5. Ferry JA, Scully RE. Mesonephric remnants, hiperplasia, and neoplasia in the uterine cervix. A study of 49 cases. *Am J Surg Pathol.* 1990;14:1100–11.
6. Jones MA, Andrews J, Tarraza HM. Mesonephric remnant hiperplasia of the cervix: A clinicopathologic analysis of 14 cases. *Gynecol Oncol.* 1993;49:41–7.
7. Seidman JD, Tavassoli FA. Mesonephric hiperplasia of the uterine cervix: A clinicopathologic study of 51 cases. *Int J Gynecol Pathol.* 1995;14:293–9.
8. Arumugam AV, Kumar G, Si LK, Vijayanathan A. Gartner duct cyst in pregnancy presenting as a prolapsing pelvic mass. *Biomed Imaging Interv J.* 2007;3:e46.
9. Troiano RN, McCarthy SM. Müllerian duct anomalies: Imaging and clinical issues. *Radiology.* 2004;233:19–34.
10. Kier R. Nonovarian gynecologic cysts: MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1992;158:1265–9.