

QUISTE DEL CONDUCTO DE GARTNER

Dr. Singer, Eduardo - Dr. Marzio, Fabián - Dr. Solari, Juan José - Dr. Deparci, Alberto A.

Resumen

Se presenta un caso de quiste del conducto de Gartner. Se describe la embriología, fisiopatología, diagnóstico diferencial y el tratamiento del mismo. Se pasa revista a la bibliografía.

El conducto de Gartner, quizá descrito por primera vez por el anatomista danés Herman Treschow Gartner (1785-1827), puede ser definido como un vestigio en la mujer de la parte caudal del conducto de Wolff.

Los vestigios embrionarios son estructuras que si bien están presentes durante la vida fetal, pueden desaparecer completamente durante la última etapa del crecimiento intrauterino o pueden persistir solamente como una estructura atrófica.

Un grupo interesante de estos vestigios lo constituye el de los órganos sexuales, que permanecen rudimentarios en el sexo opuesto. Tal el caso de los restos del cuerpo de Wolff en la mujer, y de las glándulas mamarias y vestigios del conducto de Müller en el hombre. Estas estructuras difieren de todos los otros residuos embrionarios porque con una apropiada estimulación hormonal durante la vida intrauterina, pueden crecer, llegando a transformarse en los órganos genitales del sexo opuesto.

En la mujer, según Willis, se individualizan cuatro estructuras calificadas como restos o vestigios del cuerpo de Wolff:

- 1) la *hidátide de Morgagni*, constituida por una o varias vesículas adheridas al mesosalpinx y que representa el extremo craneal ciego del conducto de Wolff;
- 2) el *epoóforo* u *órgano de Rosenmüller*, que comprende la parte paraovárica del conducto de Wolff y una serie de tubos que desembocan, por un lado, en él, y por el otro, terminan en un extremo ciego cerca del hilio ovárico;
- 3) el *paroóforo*, formado por pequeñas vesículas desconectadas del conducto de Wolff y situadas en el ligamento ancho entre el ovario y el útero;
- 4) el *conducto de Gartner*, vestigio de la parte caudal del conducto de Wolff, como la hemos definido en un principio. Normalmente el conducto de Gartner está ubicado en el mesosalpinx y luego se dirige caudalmente a lo largo del borde lateral del útero hacia la vagina, descendiendo por la pared anterolateral de la misma para terminar cerca de las glándulas de Bartholin.

Todas estas estructuras del cuerpo de Wolff están tapizadas por un epitelio de células cúbicas o cilíndricas de altura variable, de una o varias capas. Por fuera de este epitelio, en el conducto de Gartner, se encuentra poco o casi nada de tejido muscular. En algunas oportunidades el epitelio puede ser escamoso. Este vestigio puede ser distendido por medio de un líquido claro, convirtiéndose este tubo atrófico en un quiste. Esta dilatación quística puede ocurrir en cualquier sitio de su trayecto. Su ubicación en el segmento vaginal es en la cara anterolateral. En algunas oportunidades los quistes pueden ser múltiples o segmentados. El tamaño término medio es de 3 cm de diámetro, siendo el de mayor tamaño de 7 cm y el más pequeño de 1 cm.

Estos quistes suelen estar revestidos interiormente por un epitelio cúbico, columnar o constituido por una mezcla de dos o más variedades. Estas variedades pueden ser columnar, cuboidal, transicional y escamosa. La presencia de cilias es atípica, pero se han descrito algunos casos. Según Te Linde, en su conocido tratado de Operatoria Ginecológica, afirma que los quistes de la porción terminal del conducto de Wolff son siempre benignos. Sin embargo, Willis menciona dos casos de carcinoma papilar producidos en el conducto de Gartner, si bien asegura que este hecho es muy

raro. Por otra parte, Hinman publicó en 1960 un carcinoma en un divertículo suburetral, que el autor pensó que podía ser de origen wolffiano.

Clínicamente, estos quistes pueden permanecer asintomáticos y ser descubiertos en su gran mayoría durante un examen ginecológico. Blackwell y Mc Elin, en su amplia casuística de veintidós quistes del conducto de Gartner, afirman que diecinueve de ellos fueron descubiertos durante el examen físico. En los casos típicos está ubicado en la pared anterior o lateral de la vagina. En algunas oportunidades puede producir dispareunia y dificultades durante el parto, debido a su tamaño.

El diagnóstico diferencial se debe plantear con los quistes de retención, los cuales, contrariamente a los quistes del conducto de Gartner, se presentan en la pared posterior de la vagina y son inclusiones escamosas con caracteres sebáceos.

Los quistes de endometrio son azulados y blandos durante la fase premenstrual y menstrual. Los divertículos vesicales, uretrales, el uretrocele y el cistocele, pueden fácilmente ser reconocidos por medio de un catéter en la uretra y comprobando la continuidad con el conducto. Los tumores producidos por las glándulas endocervicales ectópicas o por glándulas parauretrales sólo se pueden diferenciar del quiste del conducto de Gartner por medio del examen histológico.

La terapéutica es la extirpación quirúrgica. Habitualmente la vía empleada es la vaginal, aunque en el caso publicado por Rhame y Derrick fue necesario una laparotomía por estar adherido el quiste a la vejiga y al uréter izquierdo. Es de hacer notar que según Blackwell y Mc Elin estos quistes suelen tener un tamaño mayor del que aparentan. De allí la necesidad de evaluar, no sólo por medio del examen físico, sino también por medio del urograma excretor, la extensión del mismo y su relación con el sistema urinario para utilizar el abordaje más apropiado.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 49 años de edad, que consulta por presentar un bulto en la vulva, que lo descubrió al efectuar su higiene genital, y debido a la ausencia de síntomas, llega a la consulta luego de varios meses.

Sus antecedentes no informan datos de importancia, excepto la histerectomía total efectuada hace tres años por un mioma.

Estado actual: micción conservada, sin trastornos subjetivos. Uroscopia, orinas claras. Al examen físico presenta un tumor parauretral izquierdo, de consistencia elástica, superficie regular, límites netos y del tamaño de una nuez. El resto del examen ginecológico no evidenció patología.

Los análisis de laboratorio, al igual que el examen cardiovascular, resultaron normales.

Se efectuó una uretrocistografía que no demostró alteraciones. A la formación quística se le inyecta sustancia de contraste, y en las radiografías obtenidas se comprueba que no hay comunicación con los órganos vecinos.

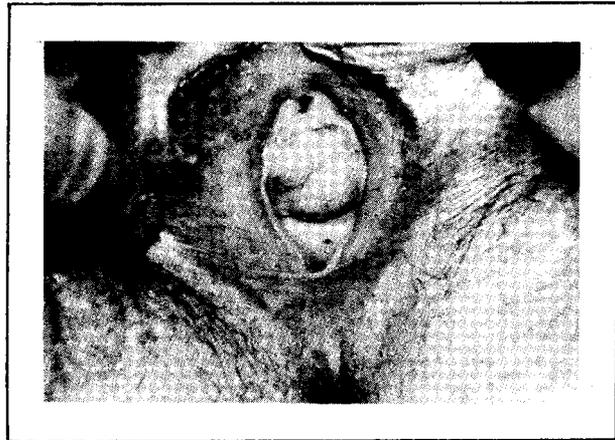
Se decide el tratamiento quirúrgico.

Protocolo operatorio: se incide la mucosa vaginal sobre la formación quística, que se va liberando, comprobándose que se trata de dos tumores, aparentemente independien-

tes. Se los libera hasta que quedan fijos por el fondo. Se abren, saliendo un contenido hemático. Se los reseca, dejando su base. Plicatura de la pared vesical. Drenaje. Cierre de la pared vaginal. Taponaje vaginal.

La evolución posoperatoria cursó sin complicaciones, dándosele el alta a los cinco días. Los controles posteriores no evidenciaron anomalías.

Anatomía patológica (F. 52.550/51 - Dr. Gallardo): pared vaginal con moderada congestión, fibrosis y algunos infiltrados inflamatorios crónicos de la mucosa. Quiste de Gartner.



Bibliografía

1. Willis, R. A.: "The bordeland of embryology and pathology". Butterworths, Londres, 1962.
2. Evans, D. M. D.; Paine, C. G.: "Quiste y tumores benignos congénitos. Clínicas obstétricas y ginecológicas (tumores vulvares y vaginales)", 997, diciembre 1965.
3. Rhame, R. C.; Derrick, F. C. Jr.: "Gartner's duct cyst involving urinary tract". J. Urol., 109:60, 1973.
4. Blackwell, W. J.; Mc Elin, T. W.: "Vaginal cyst of mesonephric duct origin (Gartner's duct cysts) report of 22 cases". Quart. Bull. Northwestern Univ. Med. School., 29:94, 1955.
5. Hinman, F. Jr.; Cohan, W. R.: "Gartner's duct carcinoma in a urethral diverticulum". J. Urol., 83:414, 1960.
6. Novak, E. R.; Woodruff, J. D.: "Patología ginecológica y obstétrica". Panamericana, Buenos Aires, 1982.
7. Te Linde, R. W.: "Operative gynecology". J. B. Lippincott Company, Filadelfia, 1962.