

## CASO CLÍNICO

# ESCLEROTERAPIA COMO TRATAMIENTO DE QUISTE DE GARTNER, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores

Verónica Nicolalde C. (1) (2), Gonzalo Nicolalde (3)

### RESUMEN

**Introducción:** Los quistes de Gartner se originan como un remanente del conducto mesoneférico (de Wolff), representan el 10% de todas las patologías quísticas vaginales y constituyen una patología pobremente estudiada a nivel mundial<sup>1</sup>. Se manifiestan generalmente como lesiones quísticas pequeñas<sup>2</sup>. La presencia de sintomatología está relacionada con el tamaño de la lesión y puede incluir dispareunia, dolor pélvico, presión pélvica, sensación de masa o síntomas urinarios, entre otros<sup>3</sup>. El tratamiento puede incluir manejo expectante, manejo conservador (Punción y aspiración o Escleroterapia) y manejo quirúrgico<sup>4,7</sup>. El tratamiento con escleroterapia está pobremente descrito, por lo que el presente artículo es de gran aporte en la literatura médica.

**Caso Clínico:** Paciente femenina de 30 años de edad sin antecedentes clínicos de importancia, que acude por presencia de una masa vulvar, presentando disconfort vulvar y dispareunia. Se realiza inicialmente punción y aspiración de la lesión, presentando una lesión recidivante posterior, observado al mes. Se realiza ecografía, RMN y citología de la lesión que descartan origen maligno y malformaciones congénitas asociadas, por lo que se decide tratamiento con escleroterapia (Tetraciclina 5%) en la lesión, obteniéndose un resultado efectivo, eficaz y seguro, sin evidencia de reacciones adversas ni lesión recidivante luego de 2 meses de observación.

**Discusión:** El uso de tetraciclina como método de escleroterapia es un método descrito, pero poco estudiado en la literatura médica como tratamiento para los Quistes de Gartner<sup>4</sup>. Existe literatura extensa del uso de Tetraciclina como método de escleroterapia de múltiples patologías<sup>8,10</sup>, aunque muy pocos casos reportados con respecto al uso en Quistes de Gartner.

**Conclusión:** En nuestra experiencia el uso de Tetraciclina es un método de escleroterapia efectivo, eficaz y seguro como tratamiento de los Quistes de Gartner. Se recomiendan estudios más extensos para realizar recomendaciones con una fuerte base estadística.

**Palabras clave:** Conducto de Gartner, quiste vaginal, escleroterapia.

### ABSTRACT

**Introduction:** Gartner cysts originate as a remnant of the mesonephric duct (Wolff's), represent 10% of all vaginal cystic pathologies and are poorly studied worldwide<sup>1</sup>. They generally manifest as small cystic lesions<sup>2</sup>. The presence of symptoms is related to the size of the lesion and may include dyspareunia, pelvic pain, pelvic pressure, mass sensation or urinary symptoms, etc<sup>3</sup>. Treatment may include expectant management, conservative management (puncture and aspiration or sclerotherapy) and surgical management<sup>4,7</sup>. Sclerotherapy treatment is poorly described, so this article is a great contribution to the medical literature.

**Clinical Case:** A 30-year-old female patient with no significant clinical history, who attended due to the presence of a vulvar mass, presenting vulvar discomfort and dyspareunia. Puncture and aspiration of the lesion was initially performed, presenting a subsequent recurrent lesion, observed at one month. Ultrasound, MRI and cytology of the lesion are performed, which rule out malignant origin and associated congenital malformations, so treatment with sclerotherapy (Tetracycline 5%) is decided on the lesion, obtaining an effective, efficient and safe result, without evidence of adverse reactions or recurrent lesion later of 2 months of observation.

**Discussion:** The use of tetracycline as a sclerotherapy method is a described method, but little studied in the medical literature as a treatment for Gartner's Cysts<sup>4</sup>. There is extensive literature on the use of Tetracycline as a sclerotherapy method for multiple pathologies (8-10), although very few cases reported regarding its use in Gartner Cysts.

**Conclusion:** In our experience, the use of Tetracycline is an effective, efficient and safe sclerotherapy method as a treatment for Gartner Cysts. Larger studies are recommended to make recommendations with strong statistical support.

**Keywords:** Gartner duct, vaginal cyst, sclerotherapy.

1) Servicio de Ginecología, Hospital San Francisco de Quito - IESS, Ecuador.

2) Ginecóloga Obstetra - Master en Cirugía Mínimamente Invasiva en Ginecología - Ginelap.

3) Médico - Ginelap.

**Correspondencia:** Verónica Nicolalde Castillo

**Dirección:** Quito - Ecuador.

**Teléfono:** 593-984008827

**Correo electrónico:** veronicolalde@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

La vagina tiene un origen embriológico dual: el conducto paramesonefrico (Muller) que origina la parte proximal y el seno urogenital que origina la mayoría de la vagina en su extremo distal. En ocasiones puede identificarse un remanente del conducto mesonefrico (Wolff), craneal a nivel del epoóforo (sin importancia clínica) y un remanente caudal, a nivel vaginal o útero, que al obstruirse puede originar una estructura quística (Quiste de Gartner). Los mecanismos genéticos y moleculares implicados están en constante estudio, el gen WNT4, que estimula la transcripción del gen DAX1, inhibe al gen SOX9 (gen autosómico), lo cual favorece al desarrollo de los órganos derivados del conducto mesonefrico y una subsecuente involución del conducto paramesonefrico<sup>1</sup>.

Aproximadamente del 1-2% de las mujeres sufren de algún quiste vaginal durante su vida, aunque esta cifra se considera, por la falta de reporte de estos casos. Aproximadamente el 10% de los quistes vaginales representan los Quiste de Gartner<sup>2</sup>.

Los quistes de Gartner usualmente son pequeños (alrededor de 2 cm), aunque pueden encontrarse casos de quistes de gran tamaño. Están localizados comúnmente en la cara lateral de la vagina, aunque se pueden encontrar incluso en las caras laterales del útero. Pueden estar acompañados de anomalías urogenitales como uréter ectópico, disgenesia renal unilateral e hipoplasia renal, producidas como consecuencia del desarrollo defectuoso de los conductos de Wolff<sup>3,4</sup>. En la mayoría de los casos son asintomáticos, aunque pueden presentar síntomas relacionados a la compresión del cuello vesical, dispareunia, dolor pélvico, presión pélvica, sensación de masa o síntomas urinarios<sup>5</sup>.

El diagnóstico inicial generalmente es incidental, mientras se realiza un examen pélvico de rutina. Los diagnósticos diferenciales pueden incluir las siguientes patologías: Quistes müllerianos, quistes epidérmicos, quistes de la Glándula de Bartolino y los quistes endometrióticos; así como también el prolapso uterino, cistocele, rectocele, enterocele, divertículo uretral y neoplasias<sup>2,6</sup>.

Su tratamiento no está protocolizado y depende muchas veces de la presencia o no de sintomatología acompañante, además de la elección personal de la paciente. El tratamiento quirúrgico está descrito en la literatura en mayor grado y tiene como ventaja la demostración del origen histopatológico de la lesión (Quiste con revestimiento de células vaginales, con un epitelio columnar simple)<sup>7</sup>, aunque este tratamiento solo se recomienda en lesiones de gran tamaño o con presencia de sintomatología grave. Entre las complicaciones secundarias al tratamiento quirúrgico se describe dispareunia, estrechamiento del canal vaginal y discomfort vaginal, entre otras.

Existen series de casos registrados en donde se evidencia que un manejo conservador de las lesiones en pacientes asintomáticas no presenta complicaciones clínicas y no se ha demostrado un incremento importante en el tamaño de la lesión, ni si el incremento tiene relación con niveles hormonales elevados, como en el caso del embarazo<sup>3</sup>. Además, se ha descrito, como tratamiento conservador, la punción y aspiración, la marsupialización y la inyección de tetraciclina al 5% como método de escleroterapia<sup>8</sup>.

## INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Paciente femenina de 30 años, mestiza, con antecedentes de cesárea por placenta previa a los 29 años, sin antecedentes clínicos relevantes, que acude por la presencia de una masa vulvar, que se hace evidente en el introito vaginal a partir del embarazo previo y ocasiona discomfort vulvar y dispareunia.

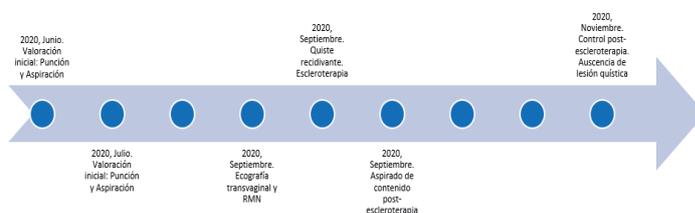
## HALLAZGOS CLÍNICOS

El examen físico inicial revela una masa suave, de aparente contenido líquido, que mide 5 cm de diámetro mayor, dependiente de la pared posterior de la vagina, que protruye a vulva (**Figura 1**).



**Figura 1**  
Quiste de Gartner de pared posterior de vagina que protruye a vulva.

## CRONOLOGÍA



## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

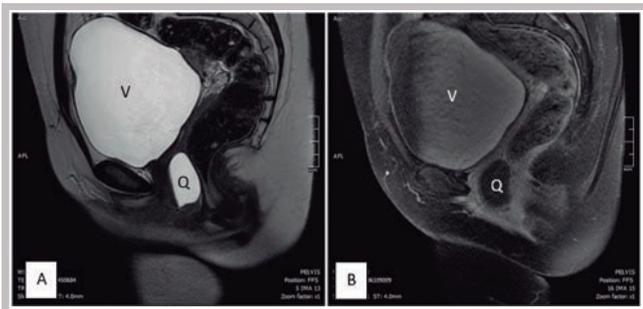
Una vez se realizó la evaluación inicial se decidió realizar una ecografía, además de una imagen por resonancia magnética para el diagnóstico.

La ecografía transvaginal demostró que el útero y los anexos se encontraban dentro de parámetros normales, señalando la presencia de un quiste de contenido anecoico, de 3.44x2.77x3.05 mm, con un volumen de 15.2 cc en la pared posterolateral de la vagina (**Figura 2**). Además, se realizó ecografía abdominal, en donde no se evidenció malformaciones renales. La Resonancia magnética, descartó de igual manera la presencia de malformaciones congénitas asociadas. En fase simple demostró una imagen a nivel lateral de la vagina con intensidad de señal de líquido de 4x3x2.2 cm con un volumen de 13 cc, en donde no se observa reforzamientos patológicos luego de la administración de contraste (**Figura 3**).



**Figura 2**

**Eco transvaginal. Quiste vaginal simple de contenido anecoico.**  
Q: Quiste de Gartner



**Figura 3**

**Resonancia magnética simple y contrastada. A. Fase simple T2. Evidencia de quiste de contenido líquido. B. Fase contrastada. No se evidencia reforzamiento patológico del quiste.**  
Q: Quiste de Gartner. V: Vejiga

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Una vez realizado el diagnóstico, se explicó a la paciente sobre los hallazgos obtenidos y las posibilidades terapéuticas las cuales incluían punción y drenaje, escleroterapia, marsupialización y exéresis. La paciente decide la punción más drenaje, (realizado por 2 ocasiones con un mes de intervalo entre cada procedimiento) en donde se obtuvieron 30 ml aproximadamente de líquido cristalino mucoso, el cual se envía a laboratorio para citología (El reporte reveló Negativo para malignidad).

Se realiza control a los 3 meses en donde se evidencia recidiva del quiste (**Figura 4**). Se decide tratamiento con escleroterapia con Tetraciclina 5%. Se aspiró el contenido del quiste con jeringuilla y se llenó el quiste en el mismo sitio de punción, con el mismo volumen extraído de Tetraciclina (15 ml). A las 24 horas de haber realizado el procedimiento inicial se aspiró el remanente de tetraciclina inyectada en el quiste.



**Figura 4**

**Quiste de Gartner recidivante**

## SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Luego de 2 meses de haber realizado la escleroterapia se realizó el control de la paciente, encontrándose la ausencia de recidiva del quiste (**Figura 5**), así como la ausencia de signos de infección, irritación y ninguna sintomatología acompañante.



**Figura 5**

**Examen vulvar de la paciente. No hay evidencia lesiones quísticas**

## DISCUSIÓN

Los Quistes de Gartner, son una de las patologías pobremente estudiadas dentro de la literatura médica.

Si bien la recomendación del tratamiento de la mayoría de pacientes con Quistes de Gartner es la de un enfoque conservador, se debe tomar en cuenta las preferencias de la paciente para tomar una decisión terapéutica. La descripción a nivel mundial con respecto a los dichos quistes, es escasa y se limita en su gran mayoría al reposte de casos de resolución quirúrgica<sup>7,9,10</sup>. Dentro del tratamiento conservador de las pacientes, las series de casos reportados son aquellos de manejo expectante, mientras que los reportes que involucran la punción más aspiración o la escleroterapia son escasos o incluso nulos<sup>8</sup>.

El uso de Tetraciclina, como método de escleroterapia de lesiones quísticas, está descrito ampliamente a nivel mundial, como tratamiento de múltiples patologías como: quistes vaginales incluidos los Quistes de Gartner, quistes testiculares, hidroceles, malformaciones linfáticas, seromas, entre otros<sup>8,11,12</sup>. El tratamiento con escleroterapia, usado como método terapéutico de los Quistes de Gartner está descrito en la literatura médica, sin embargo, no se han publicado reportes subsecuentes sobre dicho tratamiento.

## CONCLUSIÓN

El uso de Tetraciclina como método de escleroterapia para el tratamiento de Quistes de Gartner es un método efectivo, eficaz y seguro en nuestra experiencia.

Los reportes en cuanto a los Quistes de Gartner y más, con respecto al uso de Tetraciclinas, como tratamiento escleroterápico de dicha patología, son escasos, por lo que se recomiendan estudios más extensos con la finalidad de poder hacer recomendaciones con una fuerte base estadística.

## REFERENCIAS

1. Sadker TW. *Langman Embriología Médica*. 14ª Edición. Wolters Kluwer; 2019.
2. Eilber KS, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: a literature review. *J Urol*. septiembre de 2003;170(3):717-22.
3. Rios SS, Pereira LCR, Santos CB, Chen ACR, Chen JR, Vogt M de FB. Conservative treatment and follow-up of vaginal Gartner's duct cysts: a case series. *Journal of Medical Case Reports*. 2 de junio de 2016;10(1):147.
4. Thapa BD, Regmi MC. Gartner's Duct Cyst of the Vagina: A Case Report. 2020 [citado 12 de septiembre de 2020];58(EBSCO). Disponible en: <https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00282715&AN=145105234&h=cTzqOCMAOaSQ06NSM6vTra gA3LJBC4SckTQR7aSHsYUJ41y5zTiV0eZNwrq0tQ5dIk3q%2foxNsoMT0tgZsElv1g%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrn%3d00282715%26AN%3d145105234>.
5. 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*. abril de 2017;24(3):473-7.
6. Davidson E, Barber M. A Gartner Duct Cyst Masquerading as Anterior Vaginal Prolapse. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2017;0.
7. Ohya T, Tsunoda S, Arie S, Iwai T. Diagnosis and treatment for persistent Gartner duct cyst in an infant: A case report. *Journal of Pediatric Surgery*. 1 de abril de 2002;37(4):1-3.
8. Abd-Rabbo MS, Atta MA. Aspiration and tetracycline sclerotherapy: a novel method for management of vaginal and vulval Gartner cysts. *Int J Gynaecol Obstet*. julio de 1991;35(3):235-7.
9. Nohuz E, Albaut M, Bayeh S, Champel N, Khenifar E. Un kyste de Gartner simulant une cystocèle. *Progrès en Urologie*. 1 de diciembre de 2016;26(16):1150-2.
10. Hakim S, Sari YM, Harzif AK. Secondary cervical elongatio due to large Gartner cyst: A rare case. *Int J Surg Case Rep*. 2020;72:37-40.
11. Cheng J. Doxycycline sclerotherapy in children with head and neck lymphatic malformations. *J Pediatr Surg*. diciembre de 2015;50(12):2143-6.
12. Sood A, Kotamarti VS, Therattil PJ, Lee ES. Sclerotherapy for the Management of Seromas: A Systematic Review. *Eplasty*. 2017;17:e25.