
Casos clínicos

0 J.T. de Gonzalo
M. García
I.G. Blanco

Quiste vaginal de inclusión gigante

Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario del Río Hortega.
Valladolid.

Giant vaginal inclusion cyst

Correspondencia:

Dr. J.T. de Gonzalo de Dios.
León, 6, 1.º izda.
47003 Valladolid.

Fecha de recepción: 16/1/01
Aceptado para su publicación: 21/3/01

J.T. de Gonzalo, M. García, I.G. Blanco. Quiste vaginal de inclusión gigante. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:220-222.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de localización vaginal son relativamente poco frecuentes¹ y, en general, de escasa relevancia clínica ya que su tamaño no suele exceder los 3 cm. Se pueden clasificar según su forma de presentación clínica, aunque lo más frecuente es hacerlo según una clasificación histológica basada en el tipo de epitelio que tapiza la pared quística: quistes de origen mülleriano o paramesonefricos, quistes de Gartner o mesonefricos, quistes de inclusión y quistes de origen urotelial. Aunque de forma genérica se denominan quistes de Gartner, los estudios histopatológicos indican que los más frecuentes son los quistes de inclusión –producidos en la vagina por el mismo mecanismo que en el resto del organismo–, siendo los de Gartner los menos habituales².

Presentamos un caso de quiste vaginal, en un principio asintomático, que fue diagnosticado como mioma en varias ecografías en el transcurso de un embarazo, y con una tórpida evolución clínica después del parto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés clínico, primigesta, con ciclos menstruales normales. En la primera ecografía obstétrica realizada en nuestro servicio en la semana 15 de gestación se aprecia un feto único con biometría acorde con el tiempo de amenorrea, estructuras fetales normales, placenta normoinsera, y se define una tumoración regular, bien delimitada, de contenido ecogénico y 9 cm de diámetro máximo que parece depender de la cara anterior del útero y se localiza en la zona del istmo. Se diagnostica como mioma uterino (fig. 1).

El curso clínico del embarazo es normal. Fueron realizadas 5 ecografías más por distintos ginecólogos que mantuvieron el diagnóstico inicial. La tumoración apenas varió su tamaño y cuando el embarazo llegó a término se situaba por detrás de la presentación, que en la semana 39 de gestación era de nalgas puras, definiéndose en la exploración como de consistencia más elástica de lo que suelen ser los miomas. Se realizó cesárea electiva por presentación

Figura 1. *Imagen ecográfica de la tumoración.*

Figura 2. *TC pélvica.*

podálica en nulípara y tumor previo, en la semana 39, naciendo una niña viva sana de 3.100 g.

En el transcurso de la cesárea se comprobó que no existía mioma uterino y que la tumoración era inferior al peritoneo del fondo de saco de Douglas, al que abombaba notablemente. Descartamos un posible origen digestivo y lo diagnosticamos provisionalmente como quiste de Gartner. Se puncionó extrayendo 260 ml de líquido espeso blanco y no maloliente que se envió para estudio microbiológico e histológico, posponiéndose la extirpación completa del quiste.

El informe de anatomía patológica indica una escasa celularidad constituida por polimorfonucleares, algunos linfocitos y células escamosas sin atipia. No hubo crecimiento bacteriano.

La evolución posquirúrgica y puerperal fueron normales y la exploración clínica sin hallazgos; no

Figura 3. *Control radioscópico intraoperatorio.*

obstante, 2 meses después de la cesárea acudió al servicio de urgencias refiriendo sensación de peso en los genitales y dificultad para la micción. Se percibía al tacto una gran tumoración elástica que abombaba la cara posterior de la vagina y se decidió puncionarlo a través de la vagina, extrayéndose 550 cm³ de líquido amarillento en cuyo cultivo no crecieron gérmenes.

Después de esta maniobra el quiste se infectó produciendo a la paciente una leucorrea permanente. Se realizaron diversos cultivos microbiológicos seguidos del tratamiento correspondiente al germen hallado en cada caso y a los respectivos antibiogramas. Transcurridos unos meses se produjo unaseudoválvula espontánea en la fístula vaginal del quiste, expulsando su contenido sólo cuando éste adquiría un volumen considerable y, por tanto, mayor presión intraquística. Todo ello dio paso a una leucorrea intermitente.

Completamos el estudio preoperatorio con urografías intravenosas, que fueron normales y con TC pélvica que informaba de una masa quística, probablemente dependiente del ovario izquierdo, adherida a la cara posterior vesical y la cara anterior del recto (fig. 2).

Realizamos una laparotomía exploradora, canalizando la fístula vaginal y rellenando el quiste con contraste para su control radioscópico intraoperatorio (fig. 3) que nos permitió valorar su extensión real. Extirpamos en su totalidad el quiste —que medía 8 × 6 cm y presentaba múltiples adherencias al recto y la vejiga—, así como el trayecto fistuloso a vagina.

- 2 En el estudio histológico se describe una tumoración quística cuyo revestimiento está formado por un epitelio escamoso con las mismas características que el que tapiza la vagina, correspondiendo a un quiste vaginal de inclusión.

En el cultivo microbiológico se aislaron *Streptococcus* del grupo C y *Bacteroides vulgatus*.

La evolución postoperatoria y las revisiones posteriores fueron normales.

Un año después de la intervención la paciente volvió a quedar embarazada y tuvo un varón de 3.640 g de peso en un parto eutócico.

DISCUSIÓN

La vagina tiene un doble origen embrionario: el tercio superior deriva del conducto uterino (conductos paramesonefricos o de Müller), los tercios inferiores, del seno urogenital. El conducto mesonefrico desaparece por completo en la mujer salvo en una pequeña porción craneal que se encuentra en el epiforo y, a veces, puede observarse algún resto en la pared uterina y vaginal de mujeres adultas normales.

El estudio histológico de los quistes vaginales los diferencia según su origen epitelial². Los quistes derivados del epitelio mulleriano presentan frecuentemente epitelio de tipo endocervical con células columnares y productoras de moco, aunque puede encontrarse también un epitelio ciliado similar al de la trompa. El quiste de Gartner, derivado de los restos de conducto mesonefrico, es identificado por un epitelio columnar o cuboidal no estratificado y no productor de moco. Aunque se habla genéricamente de quistes de Gartner para referirse a los quistes vaginales tras el estudio histológico de las piezas, estos son los menos frecuentes².

Tampoco son frecuentes los quistes con epitelio transicional o columnar estratificado de naturaleza

urotelial cuyo posible origen se supone en el tracto urinario o en las estructuras parauretrales. Los quistes de inclusión son los más frecuentes, originados tras la interrupción quirúrgica o traumática de la mucosa vaginal y posterior implantación de ésta bajo la capa submucosa. Con mayor frecuencia están localizados en la cara posterior o lateral de la vagina².

La diferenciación clínica es difícil. En general, son asintomáticos y de pequeño tamaño, no excediendo de 2 cm, aunque se han descrito casos de quistes vaginales de gran tamaño³. Cuando son sintomáticos producen dispareunia, problemas obstétricos, disuria o hemorragia uterino disfuncional⁴. En nuestro caso, el tamaño que alcanzó el quiste después de finalizada la gestación y su infección después del drenaje ambulatorio ocasionaron a la paciente múltiples molestias, hecho que nos indica que no es adecuado realizar un drenaje salvo en condiciones de asepsia y bajo anestesia, y sólo si la situación clínica no permite demorar la intervención para hacer un tratamiento definitivo y completo. El tratamiento de estos quistes sólo se realiza cuando son sintomáticos o cuando existen dudas sobre su origen, utilizando si es posible la vía vaginal. Nosotros decidimos el tratamiento quirúrgico por vía abdominal debido al tamaño de la tumoración y a su íntima relación con la vejiga y el recto.

En cuanto al diagnóstico por ecografía se define como una masa ecogénica, transónica y unilocular, bien delimitada y separada de la pared vaginal⁵, definición que se aproxima mucho a la imagen de un mioma uterino por ecografía.

En el caso que hemos presentado la formación quística fue erróneamente diagnosticada como mioma en las distintas ecografías, a pesar de que éstas fueron realizadas por personas diferentes. Tampoco la TC, aunque sí diferenció mejor su calidad quística, pudo indicar correctamente su origen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kudela M. Differential diagnosis of paravaginal cysts. Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med 1993; 135: 47-49.
2. Deppisch LM. Cysts of the vagina: classification and clinical correlations. Obstet Gynecol 1975; 45: 632-637.
3. Hagspiel KD. Giant Gartner duct cyst: magnetic resonance imaging findings. Abdom Imaging 1995; 20: 566-568.
4. Pradhan S. Vaginal cysts: a clinicopathological Study of 41 cases. Int J Gynecol Pathol 1986; 5: 35-46.
5. McCarthy S, Taylor KJ. Sonography of vaginal masses. AJR Am J Roentgenol 1983; 140: 1005-1008.