



ALTA COMPLEJIDAD EN RED

Hospital El Cruce

humanizado

Dr. Néstor Carlos Kirchner

0993

QUISTE DE GARTNER GIGANTE

Alaggia Pablo Emiliano. Libardo José Arrieta Gómez. Carlos Javier Cortes Peña. Daniel Alejandro Trigo

Uriona. Juan Pablo Laprovitta. Camila España.

Servicio de Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

Los autores declaran no tener conflicto de interés

Florencio Varela - Buenos Aires -

Argentina emialanoalaggia@gmail.com



QUISTE DE GARTNER GIGANTE

Presentación de caso:

Paciente femenina de 34 años que concurre a nuestro servicio por distensión abdominal no dolorosa a nivel de hipogastrio. Al examen físico se palpó una masa hipogástrica con extensión a pubis.

La analítica resultó normal. Se realizó resonancia magnética (RM) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso.

En base a lo visualizado en dicho estudio se decidió la resección quirúrgica por vía laparoscópica y ulterior envío de pieza a anatomopatología, siendo el resultado el de quiste de origen mesonéfrico.



QUISTE DE GARTNER GIGANTE

Hallazgos imagenológicos:

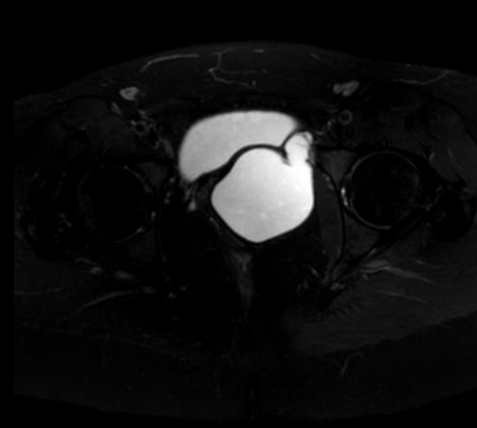
RMN de pelvis con contraste endovenoso: En la pared anterolateral izquierda del tercio superior de la vagina, se observa voluminosa lesión de intensidad de señal líquida en secuencias T1 y T2, de paredes finas, bien definidas, ubicada por encima del borde superior de la sínfisis del pubis, que mide 70x60mm e impronta sobre el piso vesical.



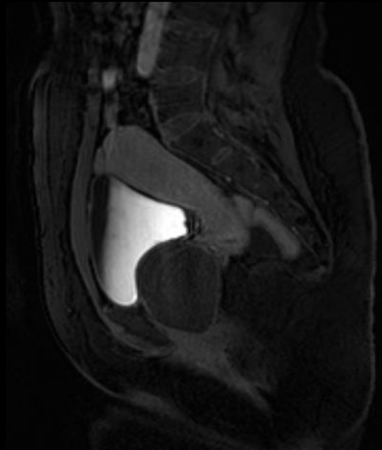
T2 AXIAL



T2 SAGITAL



T2 SAT GRASA



T1 SAT GRASA +
CTE EV



QUISTE DE GARTNER GIGANTE

Discusión:

La incidencia de los quistes vaginales está estimada en un 1%; de estos, una parte los constituyen los de origen embrionario. El quiste de Gartner corresponde a un remanente de la porción vaginal del conducto mesonéfrico de Wolff. Estas lesiones se localizan en el aspecto anterolateral de la vagina, por encima del nivel de la sínfisis pubiana.

Los quistes del conducto de Gartner suelen ser pequeños, en general menores a 2 cm, y asintomáticos; sin embargo, si son grandes pueden ocasionar síntomas, como es el caso de nuestra paciente que alcanza los 7 cm de diámetro.

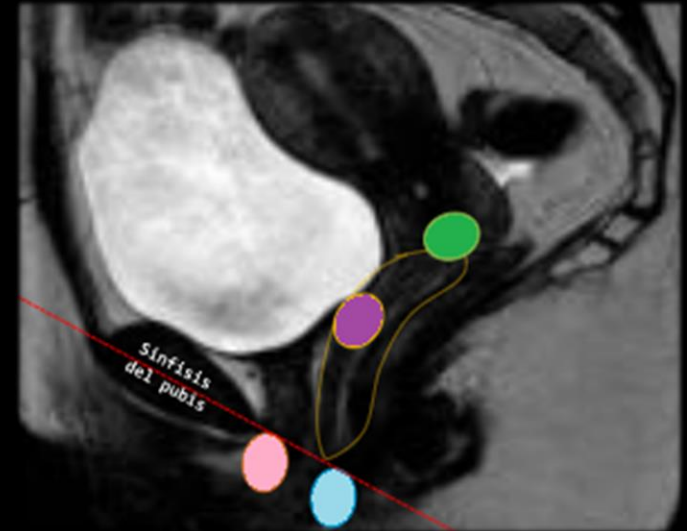


Discusión:

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 T2, e hipo o isointensa en secuencias potenciadas en T1, siendo esto variable en función del contenido proteináceo del quiste. El tratamiento suele ser conservador; no obstante, en los de mayor tamaño, puede realizarse drenaje o incluso tratamiento escisional.

Es importante mencionar que el quiste de Gartner se localiza superior a la sínfisis pubiana, permitiendo hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones quísticas de la pelvis femenina

-  Quiste de Naboth
-  Quiste de Gartner/ Mülleriano
-  Quiste de Skene
-  Quiste de Bartolino



Conclusión:

Bibliografía:

1. E. Yllera contreras, H. Vidal Trueba, P. Lastra Garcia-Barón, A. Fernández Flórez, E. Torres Diez, G. López Rasines; Santander/ES. *Pitfalls de patología uretral femenina*. DOI:10.1594/seram2014/S-0103
2. Macías-Vera NN, Velázquez-Castellanos PI, Godoy Rodríguez N. *Quiste de Gartner. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía*. *Ginecol Obstet Mex*2014;82:252-256.
3. Selma del Campo Estepar. Francisco Tardaguila Montero. Montserrat Novoa Ferro. Claudia Jurado Basildo. Carlos Andrés Sepulveda Villegas. Raquel Alemán Millares. *Lesiones quísticas en la pelvis femenina: No siempre es el ovario*.(2014). *Seram*.3979/2445