



Recibido: 2026-09-29

Aceptado: 2026-10-13

Publicado: 2026-10-28

Reporte de Caso Clínico Uropatía Obstructiva Baja Secundaria a Quiste del Conducto de Gartner: Reporte de un Caso

Lower urinary tract obstruction secondary to Gartner's duct cyst: a case report

Autores

Gabriela C. León Díaz¹

<https://orcid.org/0009-0004-7008-0277>

gabrieladelcisneleon@outlook.com

Policlínica Dr. Adolfo D'Empaire C.A. Maracaibo
Residente de tercer año del Postgrado académico
de Urología del Servicio Autónomo
Hospital Universitario de Maracaibo
Venezuela

Abelardo R. Sánchez Luna²

<https://orcid.org/0009-0003-8962-2796>

abelardosanch@hotmail.com

Urólogo
Clínica Jesús de Nazareth
Ecuador

Ana X. Herrera Castillo³

<https://orcid.org/0000-0003-1260-8614>

aniximen89@gmail.com

Postgradista en Medicina Familiar y Comunitaria
Universidad Técnica Particular de Loja
Ecuador

Gabriela A. Jordán Pesántez⁴

<https://orcid.org/0000-0002-7493-9948>

gabyjp91@hotmail.com

Médico Residente de la Unidad de Cuidados
Intensivos
Hospital General Teófilo Dávila
Ecuador

Carla A. Zambrano Sánchez⁵

<https://orcid.org/0009-0005-9210-6869>

karla_zambrano_sanchez@hotmail.com

Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital General Teófilo Dávila
Ecuador



Resumen

El quiste del conducto de Gartner es una malformación congénita benigna poco frecuente, derivada de remanentes del conducto mesonéfrico, que puede manifestarse clínicamente con síntomas urinarios obstructivos bajos. Se describe el caso de una paciente de 33 años con dolor pélvico, disuria, retención urinaria y sensación de masa vaginal. Los estudios de imagen incluyendo ecografía, uretrocistoscopia y resonancia magnética evidenciaron una lesión parauretral compatible con quiste del conducto de Gartner. Se realizó enucleación completa con resolución clínica. El estudio anatomopatológico confirmó su naturaleza benigna. Este caso resalta el valor del abordaje multidisciplinario y el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Quiste del conducto de Gartner, malformación congénita, uropatía obstructiva baja, cirugía vaginal, imagenología urológica.

Abstrac

A Gartner's duct cyst is a rare, benign congenital malformation derived from remnants of the mesonephric duct, which may present clinically with lower urinary tract obstructive symptoms. We describe the case of a 33-year-old female patient presenting with pelvic pain, dysuria, urinary retention, and the ultrasound, urethrocystoscopy, and magnetic resonance imaging—revealed a paraurethral lesion consistent with a Gartner's duct cyst. Complete enucleation was performed, resulting in the resolution of clinical symptoms. Histopathological examination confirmed its benign nature. This case highlights the value of a multidisciplinary approach and surgical treatment.

Keywords: Gartner's duct cyst; congenital malformation; lower urinary tract obstruction; vaginal surgery; urological imaging.



Antecedentes

El conducto de Gartner fue descrito por primera vez por Herman Treschow Gartner (1785-1827) como un remanente de la porción caudal del conducto mesonéfrico (de Wolff) en la mujer, que persisten a lo largo de la pared anterolateral de la vagina. Durante el desarrollo normal, estas estructuras involucionan; sin embargo, en algunos casos pueden persistir y dar origen a quistes del conducto de Gartner **(Escalante et al., 2022)**.

El quiste del conducto de Gartner representa una entidad poco frecuente dentro de las masas vaginales, anomalía congénita benigna, generalmente asintomática **(Quinto et al., 2022)**; sin embargo, cuando alcanzan dimensiones significativas o se localizan en la proximidad de la uretra, pueden ocasionar síntomas del tracto urinario inferior.

En la mayoría de los casos, su hallazgo es incidental durante evaluaciones urológicas y ginecológicas **(Niu et al., 2020)**. Desde el punto de vista clínico, los quistes del conducto de Gartner pueden representar un desafío diagnóstico, ya que deben diferenciarse de otras entidades como divertículos uretrales, quistes de inclusión vaginal, quistes de Bartolino o lesiones neoplásicas. En este contexto, las herramientas de imagen, especialmente la resonancia magnética, juegan un papel fundamental en la caracterización anatómica y en la planificación terapéutica.

El manejo de estos quistes depende de la sintomatología y el tamaño de la lesión. En pacientes asintomáticas, puede optarse por conducta expectante; sin embargo, en casos sintomáticos, el tratamiento quirúrgico mediante escisión completa constituye la opción terapéutica más efectiva, permitiendo tanto la resolución clínica como la confirmación diagnóstica mediante estudio histopatológico.



Introducción

El desarrollo embrionario femenino al ser totalmente diferente del masculino no permite la formación de los conductos de Wolf (**Mato, 2026**), mientras en el embrión masculino inicia el desarrollo de estructuras como el conducto deferente, las vesículas seminales y el conducto eyaculador, a mas de las características propias embrionarias dependiendo el sexo, en el femenino si la formación de estos conductos persisten en su formación a nivel intra-abdominal causan como tal la formación de masas anexiales mesonéfricas que a lo largo del tiempo y mediante su persistencia forman el denominado quiste de Gartner (**Sínger et al., 1984**).

En la actualidad los quistes de Gartner están considerados como lesiones benignas remanentes de la porción vaginal de los conductos mesonéfricos (**Valdés et al., 2014**). Esta condición generalmente suele ser asintomática y poco frecuente debido a su origen; sin embargo cuando la condición presenta síntomas activos su tratamiento es netamente quirúrgico, de esta forma es necesario indicar que dicha condición no tiene como tal un tratamiento estandarizado (**Ricaño & Medrano, 2026**).

Razón por la cual se decide exponer el presente trabajo que a más de ser una revisión exhaustiva de la bibliografía, contribuye con la necesidad de dar a conocer a la comunidad científica el abordaje y síntesis sobre el diagnóstico y tratamiento de la condición que sin ser usual no deja de representarse como motivo de consulta.

En los últimos 10 años se ha evidenciado la existencia de múltiples lesiones quísticas benignas a nivel del canal vaginal y la vulva (**Perea et al., s. f.**), esto genera la necesidad de realizar una evaluación médica exhaustiva además del abordaje oportuno ante cualquier sospecha de tumoraciones en dichas zonas, por lo que en la consulta médica se vuelve imperativo realizar interrogatorios y abordajes detallados (**Rodríguez, 2022**) como la exploración física y estudios de imágenes complementarios que contribuyan al diagnóstico correcto para posteriormente lograr un tratamiento adecuado que sin duda en la mayoría de los casos de benignidad terminan siendo quirúrgicos en la corrección de defectos y lo mas importante obtener muestras que permitan una biopsia y descartar complicaciones futuras (**Gartner, 2022**).



El quiste de Gartner no es una condición común en la mujer de hecho la misma tiene un factor de incidencia subjetivamente bajo, siendo así que 1 de cada 200 mujeres llegan a padecerlo, por esta razón es necesario identificar y diferenciar correctamente la condición, ya que existen lesiones mas frecuentes de la zona como los quistes en la glándula de Bartolino, quiste del canal de Nuck, quiste inclusión epidérmico o quiste de Skene **(Villeda et al., 2020)**.

Por otro lado, el quiste de Gartner como se ha hablado durante este estudio es una lesión secundaria que se presenta en el desarrollo embrionario derivada de la formación del conducto mesonéfrico de Wolf **(De Gonzalo et al., 2001)**. Formando una masa en la pared lateral de la vagina que en algunos de los casos puede sobrepasar introito vaginal y se conforma de un líquido de características claras eosinofílicas que representan entre 4% y el 21% de los quistes vaginales y la incidencia a nivel general representa entre el 1% y 2% de los casos siendo asi una condición escasa en la población.

El quiste de Gartner es una lesión que pasa desapercibida en la mayoría de los casos al ser asintomático no genera ningún tipo de incomodidad en la mujer, de esta forma la mayoría de los casos son identificados por medio del exámen físico en revisiones rutinarias ginecológicas; sin embargo en casos que presenta sintomatología se han puesto en evidencia constantes signos activos que van desde sensaciones incómodas de peso a nivel vaginal, obstrucciones urinarias, incontinencia, dispauremia y dolor pélvico **(Hernández Villeda et al., 2020)**.

El presente trabajo describe un caso clínico de quiste del conducto de Gartner sintomático con manifestaciones obstructivas urinarias, destacando su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Métodología

Se presenta un estudio de caso en base al diagnóstico de quiste de Gartner en consulta médica en donde acude una paciente con sintomatología relacionada a la condición, se consulta con la paciente quien da autorización para el estudio y posterior publicación del caso. Siempre resguardando la privacidad y enmarcando el estudio a los objetivos esenciales de los aspectos bioéticos de la investigación médica en humanos establecidos en la declaración de Helsinki de la

asociación médica mundial (Puga, 2025).

La necesidad surge de la rareza de la condición al ser esta poco frecuente se decide realizar una revisión de la literatura disponible en base a cuadros clínicos similares durante los últimos 10 años en diferentes bases de datos de google académico, la búsqueda se realiza acorde al tema y casos clínicos que contengan diagnóstico y tratamiento sobre el quiste de Gartner y se establecen criterios de exclusión sobre las patologías añadidas, complicaciones ginecológicas y quistes infectados.

Descripción Del Caso Clínico

Paciente femenina de 33 años, quien acude por presentar dolor y presión pélvica aguda, sensación de masa vaginal, disuria, tenesmo vesical, flujo vaginal y retención urinaria. No refiere antecedentes médicos personales ni familiares de relevancia. Al examen físico, se evidencia dolor a la palpación profunda en hipogastrio. Al tacto vaginal se palpa una masa parauretral en la cara anterolateral izquierda de la vagina, de aproximadamente 2 x 1cm, de consistencia firme, móvil y no dolorosa a la palpación.

Se realizaron los siguientes estudios complementarios: ecograma pélvico, el cual reportó una imagen de defecto entre el segmento vesicouretral y la cara anterolateral izquierda de la vagina.



Fig 1. Imagen de defecto entre tercio de segmento vesico-uretral y vagina.

En la uretrocistoscopia se evidenció la presencia de carúnculas uretrales, restricción de la luz meatal y dificultad para el paso del instrumento a través del canal uretral. También se observaron trabéculas en la pared vesical retrotrigonal, así como un efecto de masa a nivel del piso vesical.

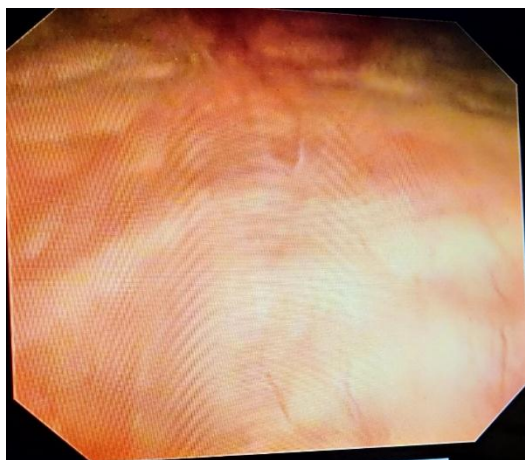


Fig 3 Cistoscopia: se evidencia trabéculas en pared vesical, retrotrigonal.

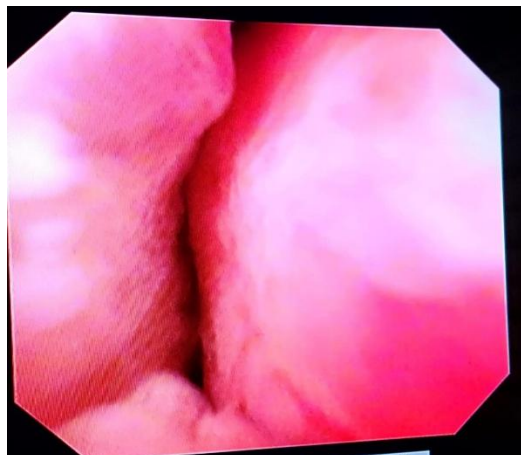


Fig 4 Cistoscopia: Se evidencia restricción de la luz meatal y dificultad para el paso del instrumento a través del canal uretral.

La resonancia magnética reveló una lesión ocupante de espacio, bien delimitada, ubicada en la región parauretral superior izquierda, de morfología ovalada, con dimensiones de 12 x 17 x 21 mm, localizada a 19 mm del piso vesical y a 10 mm por encima de borde inferior de pubis, generando efecto de masa sobre la pared anterolateral de la vagina y contacto con la porción distal de la uretra.

Se realizó resección de carúnculas uretrales con toma de muestra, uretromeatoplastia, colocación de sonda vesical y enucleación completa de quiste de Gartner, el cual fue enviado para estudio anatomopatológico. Se concluyó acto quirúrgico con uretrorrafia y vaginorrafia.



Fig 5. Colocación del espéculo vaginal en donde se demuestra el origen del quiste y se toman los bordes del quiste con pinzas de Allis.

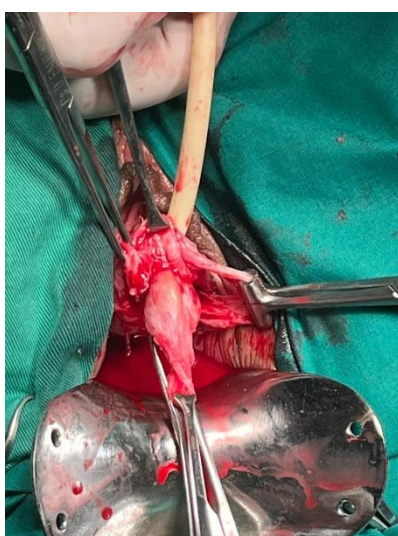


Fig 6. Hidrodissección para mejorar la identificación de los planos



Fig 7. Identificación de la cápsula del quiste y su resección.

La resolución quirúrgica permitió la desaparición completa de los síntomas. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de un quiste del conducto de Gartner sin evidencia de malignidad, así como carúnculas uretrales sin atipia. El informe de bacteriología correspondiente al cultivo de secreción del quiste reportó que no se observó crecimiento bacteriano tras 72 horas de incubación.

La paciente presentó evolución postoperatoria satisfactoria, con desaparición completa de los síntomas urinarios. No se evidenció recurrencia en controles posteriores.

Discusión

Las masas pélvicas de origen desconocido requieren un abordaje multidisciplinario antes de establecer un diagnóstico definitivo. El reporte de nuestro caso coincide con la localización y el tamaño característicos de los quistes de Gartner, situados a lo largo de la cara anterolateral de la mucosa vaginal, cuyo diámetro promedio suele ser de aproximadamente 2 cm⁴.



Debido a las dificultades para identificar toda la circunferencia del quiste mediante evaluaciones ecográficas, se optó por complementar con técnicas de imagen adicionales, como la resonancia magnética y la uretrocistoscopia, las cuales permitieron descartar otras anomalías urológicas y del tracto genitourinario.

Teniendo en cuenta la edad de la paciente, se decidió realizar la enucleación completa del quiste, lo cual representó una decisión adecuada. Esta técnica permitió la extirpación total de la lesión, reduciendo el riesgo de recurrencia y proporcionando material para el análisis histopatológico, que en este caso confirmó la naturaleza benigna del quiste.

La evaluación histológica informó un quiste de Gartner con pared delgada, revestido por epitelio compuesto por una capa de células cúbicas o cilíndricas, a veces con vacuolas citoplasmáticas, sin evidencia de atipias. Asimismo, se identificaron carúnculas uretrales sin displasia ni signos de malignidad.

Aunque no existe un tratamiento estándar estrictamente definido para los quistes de Gartner, la escisión quirúrgica representa una opción exitosa en la mayoría de los casos, con baja morbilidad. En este caso, el análisis anatomopatológico confirmó la naturaleza benigna de las lesiones extirpadas y respaldó la decisión quirúrgica tomada. La resección completa permitió no solo la resolución de los síntomas, sino también la obtención de tejido suficiente para el estudio histológico, fundamental para establecer el diagnóstico definitivo y descartar otras patologías urológicas o ginecológicas. En conjunto, el abordaje quirúrgico resultó adecuado tanto desde el punto de vista terapéutico como diagnóstico.

Conclusión

Los quistes vaginales rara vez se encuentran en la práctica urológica común; sin embargo, representan un amplio espectro de entidades que pueden imitar diversas afecciones. Los quistes de Gartner son poco frecuentes y pueden asociarse con anomalías renales y uretrales, por lo que se recomienda realizar estudios complementarios antes de establecer un tratamiento definitivo. El diagnóstico diferencial puede realizarse mediante estudios histológicos. El tratamiento más



adecuado es la extirpación completa a través de un abordaje vaginal. Finalmente, la intervención quirúrgica realizada en esta paciente fue apropiada y se alinea con las recomendaciones actuales para el manejo de quistes de Gartner sintomáticos.

Recomendaciones

Considerar los quistes del conducto de Gartner dentro del diagnóstico diferencial de masas vaginales parauretrales, especialmente en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior.

Realizar una evaluación clínica integral, incluyendo examen ginecológico y urológico detallado, con el fin de definir la localización y características de la lesión

Utilizar resonancia magnética como método de imagen de elección, debido a su alta resolución anatómica y capacidad para diferenciar lesiones quísticas de otras patologías parauretrales, como el divertículo uretral.

Indicar tratamiento quirúrgico mediante escisión completa en pacientes sintomáticas o con de crecimiento progresivo, con el objetivo de lograr resolución clínica y evitar recurrencias.

Asegurar el envío sistemático de la pieza quirúrgica para estudio histopatológico, permitiendo la confirmación diagnóstica y la exclusión de patología maligna.

Promover un abordaje multidisciplinario, integrando urología, ginecología e imagenología, para optimizar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Realizar seguimiento clínico postoperatorio, orientado a detectar recurrencias o complicaciones, aunque estas son poco frecuentes tras la resección completa.



Referencias Bibliográficas

- De Gartner, Q. (2022). Tumores de vulva 69. *Obstetricia y Ginecología*, 393.
https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=DJpxEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA393&dq=quistes+de+gartner+&ots=3V_jNwxYTo&sig=8kCRpZPJOIwLvPGSWfUeMBSEgDk
- De Gonzalo, J. T., García, M., & Blanco, I. G. (2001). Quiste vaginal de inclusión gigante. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 44(5), 220-222.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501301756476>
- Escalante-Reinozo, M. R., Bermúdez-Morantes, D. G., & Fernández-Rodríguez, P. J. (2022). Quiste de Gartner sintomático. Presentación de caso y revisión de la literatura. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(4), 522-529.
https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/26347
- Hernández Villeda, D., Dalton Ceballos, K., Argüello Ramírez, V., Hernández Dehesa, A., & Gómez Pérez, M. de G. (2020). Quiste de Gartner. Hallazgos por resonancia magnética. *Acta médica Grupo Ángeles*, 18(2), 206-207. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032020000200206&script=sci_arttext
- Mato, A. M. L. (2026). Aspectos neurobiológicos relevantes sobre las diferencias de Género en las personas y algunas implicancias en sus conductas: Primera parte. *Pinelatinoamericana*, 6(1), 28-37. <https://revistas-dev.psi.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/52016>
- Niu, S., Didde, R. D., Schuchmann, J. K., & Zoorob, D. (2020). Gartner's duct cysts: A review of surgical management and a new technique using fluorescein dye. *International Urogynecology Journal*, 31(1), 55-61. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04091-9>
- Perea, N., Ruíz Díaz, A. E., Herrera Damián, M., Puche Gallego, A., & Pontes De Sousa, S. P. (s. f.). *QUISTE DE GARTNER VAGINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO*. Recuperado 28 de octubre de 2026, de <https://congreso2024.aepcc.org/formulario-comunicaciones/posters/cdde52ecb6d27da92f7f4764447db873.pdf>



- Puga, R. R. (2025). Actualización de la Declaración de Helsinki, avances en ética y protección de la investigación médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 54(1), e025076247-e025076247. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/download/76247/2828>
- Quinto, L., Huff, C. W., & Page-Ramsey, S. M. (2022). Acute Pelvic Pain Due to Spontaneous Hemorrhage of a Gartner Duct Cyst. *Obstetrics and Gynecology*, 140(3), 387-390. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004891>
- Ricaño, J. M., & Medrano, L. R. P. (2026). Prevalencia de patologías vulvares en mujeres de 20 a 70 años: Un estudio por vulvoscoopia. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 24(4), 367-372. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=123495>
- Rodríguez, M. del M. L. (2022). CAPÍTULO 11. VALORACIÓN DEL PACIENTE II. EXPLORACIÓN FÍSICA. *Fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas*, 105, 122. <https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=5482957&publisher=FZW949#page=122>
- Sínger, E. D., Marzio, F. F., Solari, J. J., & Deparci, A. A. (1984). Quiste del conducto de Gartner. *Revista Argentina de Urología*, 50(2), 52-55. <https://revistasau.org/index.php/revista/article/download/2528/2477>
- Valdés, E. M. A., Heredero, E. M., García-Tuñón, C. M., Tejero, M. del C. G., & Camino, F. V. (2014). Quiste del conducto de Gartner asociado a carcinoma microinvasor de cérvix y presentado en una paciente como prolapso de órganos pélvicos. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 57(7), 308-311. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501314001125>
- Villeda, D. H., Dalton Ceballos, K., Argüello Ramírez, V., Dehesa, A. H., & Pérez, M. de G. G. (2020). Gartner's cyst. MRI findings. *Acta Médica Grupo Angeles*, 18(2), 206-207. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am202p.pdf>



Contribuciones de los autores

Gabriela C. León Díaz¹: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Abelardo R. Sánchez Luna²: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Ana X. Herrera Castillo³: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Gabriela A. Jordán Pesántez⁴: Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

Carla A. Zambrano Sánchez⁵: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés