

QUISTE MÜLLERIANO EN VAGINA

Alfosea Marhuenda E, Carmona Barnosi A, Gazabat Barbado EL, Peces Rama A, Carrascosa Romero MC, Machado Linde F, Nieto Díaz A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

Los quistes vaginales corresponden a formaciones saculares cubiertas por mucosa vaginal. Incidencia 1%.

Pueden derivar de remanentes Müllerianos o mesonéfricos.

Se pueden localizar en cualquier ubicación de las paredes vaginales, más frecuentemente antero-laterales. La distinción entre ambos es de poca importancia clínica.

Los más frecuentes son los Müllerianos, varían en tamaño de 1-7 cm de diámetro. Sólo se extirpan en caso de sintomatología. Generalmente se describen como un hallazgo incidental.

Están revestidos predominantemente por epitelio mucinoso, pero podemos encontrar cualquier otro epitelio de origen Mülleriano: endocervical, endometrial, de Falopio.

CASO CLÍNICO

Mujer, 24 años. G3P3.

Consulta por bulto en genitales que apareció 5 meses tras último parto y dispareunia.

En la exploración, se aprecia formación quística, de unos 3 cm, dependiente de cara anterior vaginal y recubierta por mucosa.

Ante la sospecha de cistocele o hipertrofia de carúncula uretral, se realiza ecografía ginecológica y de suelo pélvico.

Se realiza exéresis quirúrgica de la lesión, que cursa sin incidencias.

El informe anatomopatológico describe una formación quística de pared fibrosa, revestida por epitelio cúbico mucinoso de tipo endocervical con áreas de metaplasia escamosa, sin atipias ni signos de malignidad, sugestiva de quiste Mülleriano. Márgenes libres.

Tipo de lesión quística	Origen y características
Quiste Mülleriano	Por persistencia de restos Müllerianos. Son el tipo más común de quiste vaginal anterolateral.
Quiste de los conductos de Gartner	Resto embrionario Wolffiano en la cara anterolateral vaginal y con anomalías del tracto urinario asociadas.
Quiste epidérmicos de inclusión	Por restos epiteliales enterrados tras cirugía perineal. Es el más común de los no embrionarios.
Quiste de las glándulas de Bartholin	Obstrucción de la glándula de Bartholin por infección o moco. En el introito medial a labios menores.
Quiste de tipo endometriósico	Implante ectópico de glándulas endometriales. Aspecto achocolatado con crecimiento cíclico y dolor.
Adenosis vaginal	Embrionario, por presencia de epitelio glandular dentro de la vagina. Aspecto de mora rojiza.
Quiste de glándulas de Skene	Obstrucción de glándulas parauretrales de Skene. En el extremo distal uretral. Causa disuria.
Carúncula uretral	Lesión roja polipoidea por ectropion mucoso uretral por regresión menopáusica de la mucosa vaginal.
Divertículo uretral	Tras infección parauretral. En 2/3 distales uretrales. Tras su expresión se obtiene orina o pus.
Quiste del canal de Nuck	Persistencia del conducto de Nuck que acompaña al ligamento redondo hasta los labios mayores.
Ureterocele ectópico	Dilatación quística distal del uréter ectópico que protruye en vagina como una lesión quística.
Cistocele	Prolapso vaginal por descenso vesical. Fácilmente identificable a la exploración física.
Vaginitis enfisematosa	Raro proceso con quistes llenos de gas en los 2/3 superiores de la vagina. Asociado a <i>Trichomonas</i> .
Hidradenoma	Rara lesión consistente en nódulos móviles en la porción medial de los labios mayores.
Quistes dermoides	Lesión extremadamente rara originada en el espacio paravaginal.

CONCLUSIONES

Los quistes de inclusión junto con los quistes Müllerianos son los más frecuentes.

Aparecen comúnmente entre la tercera y cuarta década de la vida de la mujer.

Existen lesiones que emergen de la uretra, región parauretral o de otros tejidos circundantes y que se presentan de manera similar. Por esta razón, no es fácil realizar un diagnóstico etiológico de certeza sin estudio histológico, aunque las imágenes pueden servir de ayuda para orientarlo.

No está claro el beneficio de hacer distinción histológica fina en quistes benignos.

La presencia de malignidad debe ser siempre considerada y se ha de realizar el diagnóstico diferencial con prolapso genital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montella JM. Vaginal mullerian cyst presenting as a cistocele. *Obstet Gynecol.* 2005 May;105(5 Pt 2):1182-4.
2. Aduay A, Salinas H, Naranjo B, et al. Tumores de la uretra en el adulto *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(4): 252-8.
3. Bagchi S, Gupta AK. Multiple prolapsing mullerian vaginal cysts mimicking cistocele and enterocele. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017 Jan 4;5(5):1666-8.
4. Töz E, Sancı M, Cumurcu S, Özcan A. Müllerian cyst of the vagina masquerading as a cistocele. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2015;2015:376834.