

Casos Clínicos

QUISTES VAGINALES

Arlette Aday E.¹, Hugo Salinas P.¹, Benjamín Naranjo D.¹, Beatriz Retamales M.^a

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

^a Interna de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se reportan dos casos de quistes vaginales: se analiza el cuadro clínico y su dificultad diagnóstica.

PALABRAS CLAVES: **Quistes vaginales**

SUMMARY

We report two cases of vaginal cysts: clinical presentation and diagnostic difficulties are analysed.

KEY WORDS: **Vaginal cysts**

INTRODUCCIÓN

Los quistes vaginales corresponden a formaciones saculares cubiertas por mucosa vaginal. La presencia de un quiste en la vagina está estimada en un 1%. La mayoría son asintomáticos, benignos y no requieren la escisión (1). El cáncer vaginal da cuenta del 1% de todos los cánceres ginecológicos, por lo que es poco frecuente (2). Existen en la literatura distintas clasificaciones, pero en general se considera en estas su histología, localización y origen. Este último punto merece importancia ya que no todas las lesiones visualizadas en la vagina son provenientes de esta, también existen lesiones que emergen de la uretra o parauretral y de otros tejidos circundantes que se presentan de manera similar. Por esta razón no es fácil realizar un diagnóstico etiológico de certeza.

Se exponen dos casos que ilustran la dificultad en el diagnóstico diferencial, utilizando sólo la anamnesis y el examen físico.

Caso 1

Paciente de 25 años, primigesta, consulta aproximadamente a las 35 semanas de embarazo, por sensación de peso y plenitud vaginal. Al examen físico se evidencia masa de aproximadamente 5 cm que protruye con maniobras de Valsalva. Impresiona clínicamente como quiste parauretral, de paredes lisas, con contenido líquido, no sensible a la palpación y ovalado. Durante el embarazo el tamaño de masa fue fluctuante hasta desaparecer por completo aproximadamente a la semana 37 de embarazo y luego reaparece una semana más tarde. Se realiza cesárea electiva por presentarse como obstrucción del canal del parto. La resección del quiste se realiza en forma electiva al 4º mes de puerperio. En el intraoperatorio se visualiza un quiste de pared vaginal anterior sin compromiso aparente uretral de aproximadamente 10 cm de diámetro, se punciona dando salida a líquido citrino sin signos de infección (Figura 1). Se realiza quistectomía y plastía vaginal anterior



Figura 1. Quiste de glándula de Bartholino en paciente primigesta. Caso clínico 1.

longitudinal con catgut crómico. En la biopsia diferida se describe como un quiste de la glándula de Bartholino.

Caso 2

Paciente de 45 años, múltipara de dos cesáreas. Con antecedentes de displasia bilateral de cadera operada, incontinencia de orina de esfuerzos operada hace 6 años (IVS plástica vaginal anterior y posterior). Evolucionó con exteriorización del IVS el que fue resecado dos años más tarde, con continencia urinaria normal. Consulta en ginecología por presentar dispareunia de larga data aproximadamente 4 años, sin otro síntoma ni signo. Al examen físico se verifica quiste vaginal de paredes lisas, redondeado no sensible a la palpación, con consistencia gomosa y de aproximadamente 3 cm. Impresiona como quiste vaginal de inclusión. En el intraoperatorio se visualiza quiste vaginal de pared lateral derecha con las mismas características ya descritas. Al realizar incisión en forma vertical, se drena contenido mucoso, resección del quiste y sutura con catgut. La biopsia revela la presencia de un granuloma piógeno en la mucosa vaginal.

DISCUSIÓN

Las lesiones quísticas benignas de la vagina frecuentemente son asintomáticas y únicas (1). Muy ocasionalmente son múltiples y se acompañan de síntomas inespecíficos y variables como masa palpable, dolor, dispareunia, sensación de presión o bulto vaginal, y síntomas urinarios como

incontinencia urinaria intermitente o permanente, infecciones urinarias recurrentes y disfunción miccional (3). Por lo anterior, su presencia frecuentemente se denota como un hallazgo incidental en el examen físico.

Los quistes vaginales son más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida. Las verdaderas lesiones quísticas de la vagina se originan de tejidos vaginales, pero lesiones que emergen de la uretra y tejidos circundantes se pueden presentar también como lesiones quísticas de la vagina. En algunos casos sólo con la clínica se puede llegar al diagnóstico certero, pero la mayoría requiere mayor estudio. Con el examen físico la lesión debe ser delimitada en ubicación, movilidad, sensibilidad, definición (regular vs irregular) y consistencia (quística vs sólida). La presencia de malignidad debe ser siempre considerada y se debe realizar el diagnóstico diferencial con prolapso genital.

Los quistes vaginales según Montilla se clasifican en relación a su histología y localización como se muestra en la Tabla I (4). En apariencia los quistes Müllerianos y los mesonéfricos frecuentemente son indistinguibles. El diferenciarlos según arquitectura epitelial es difícil, porque ambos están revestidos por epitelio cuboidal bajo o columnar. La relevancia clínica de diferenciarlos basados en el origen embriológico no está claro, hasta ahora no tiene significación pronóstica, y permanece solamente por interés académico (1). Schlunt y Raz, clasifican de forma distinta los quistes vaginales, la que se presenta en la Tabla II (6). Una revisión patológica de 43 quistes vaginales en un periodo de 10 años realizada por Pradhan y Tobon demuestra diferentes incidencias como se muestra en la Tabla III (7).

Aunque no está estandarizado el uso de imagenología de quistes vaginales en el preoperatorio, es útil para la planificación quirúrgica, para el consejo y expectativas de los pacientes. Como también es útil para evaluar la presencia de otros quistes vaginales imperceptibles en el examen físico (1). Con la utilización de imagenología, ya sea con ultrasonografía, cistometría, TAC o RNM, se logra caracterizar mejor la lesión. La RMN con un coil endorectal ha sido utilizada para diagnosticar divertículos uretrales, para diagnosticar y mapear quistes vaginales (únicos o múltiples), y para el diagnóstico de una variedad de otras anomalías genitourinarias, incluyendo prolapso, divertículo, anomalías ováricas, y patología uterina. El coil endocavitario mejora la señal y por ende la resolución de las imágenes (4).

Tabla I
CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES VAGINALES SEGÚN MONTILLA

Quistes escamosos de inclusión	Revestidos por epitelio escamoso estratificado, usualmente localizado en la pared posterior cerca de una reparación de episiotomía. Pueden contener material caseoso o purulento. Se pueden formar como resultado de un trauma sufrido por las paredes vaginales o tras un procedimiento obstétrico o ginecológico, cuando posteriormente el recubrimiento vaginal no recupera sus características habituales.
Quiste mesonéfrico o del conducto de Gartner	Revestido por células cuboidales bajas no secretoras de mucina, usualmente localizada cerca de la pared antero lateral de la vagina, siguiendo la ruta del conducto mesonefrico.
Quistes Müllerianos	Revestidos por células columnares altas secretoras de mucina localizada en cualquier zona de la vagina e indistinguible de los quistes mesonéfricos.
Quistes de la glándula de Bartholino	Emergen del conducto de glándula de Bartholino y revestidos por células secretoras de mucina, células escamosas, o células transicionales localizadas cerca de la apertura de la glándula de Bartholino hacia el vestíbulo.

Quistes de origen embrionario

Como ya fue citado, los quistes de la vagina pueden derivar de remanentes Müllerianos o mesonéfricos. Pueden estar localizados en cualquier ubicación en las paredes vaginales, pero con mayor frecuencia están en las zonas antero laterales de la vagina. La distinción entre ambos es de poca importancia clínica y requiere tinciones histo-

químicas. Por ejemplo: los quistes Müllerianos se tiñen positivamente con mucicarmina o periodic acid-schiff reagent (7).

Los quistes vaginales más frecuentes son los Müllerianos, y varían en tamaño de 1-7 cm de diámetro. Son en su mayoría pequeños y asintomáticos y sólo se extirpan en caso de ser sintomáticos. Están revestidos predominantemente por epitelio mucinoso, pero pueden estar revestidos por cualquier epitelio de origen Mülleriano, endocervical, endometrial, de Falopio (6).

Los quistes del conducto de Gartner o mesonéfrico típicamente son pequeños, con un diámetro promedio de 2 cm, pero pueden alcanzar un gran tamaño. Pueden estar asociados con anomalías del sistema metanéfrico urinario. La RNM es especialmente útil para la evaluación de las características del quiste y del tracto urinario. Al igual que los quistes Müllerianos, si estos quistes son grandes y sintomáticos, está indicada la escisión.

Tabla II
CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES VAGINALES SEGÚN SCHLUNT Y RAZ

Quistes de origen embrionario	Quistes Müllerianos Quistes del conducto de Gartner Quistes del conducto de Skene Quistes del conducto de Bartholino Adenosis vaginal Quistes del canal de Nuck
Quistes de origen uretral	Carúncula uretral Divertículo uretral
Quistes epidermales	
Endometriosis	
Ureterocele ectópico	
Prolapso	
Lesiones vaginales raras	Vaginitis enfisematosa Hidroadenoma Quiste dermoide

Tabla III
REVISIÓN DE 43 QUISTES VAGINALES EN UN PERIODO DE 10 AÑOS (Pradhan y Tobon)

Quistes Müllerianos	44%
Quistes epidermales de inclusión	23%
Quistes del conducto de Gartner	11%
Quistes de la glándula de Bartholino	7%
Quiste de tipo endometriósico	7%

Quistes del conducto de Skene

Las glándulas parauretrales y conductos que desembocan en la uretra femenina son homólogos rudimentarios de la próstata. Los dos conductos más grandes son los conductos de Skene. Las glándulas de Skene son bilaterales y secretan una pequeña cantidad de material mucoso con la estimulación sexual que sirve para lubricar el meato uretra durante el coito (5). La obstrucción del conducto, presumiblemente secundaria a skenitis (más frecuentemente por gonorrea), causa la formación de quistes. Estos son extremadamente raros, con un total de 4 casos reportados en la literatura médica desde 1984 (8). Como los conductos de Skene están embriológicamente derivados del seno urogenital, estos quistes están revestidos por epitelio escamoso estratificado (4). Un quiste del conducto de Skene debe ser diferenciado de un divertículo uretral. La RNM y cistouretroscopia son útiles para distinguir entre los dos al determinar si existe comunicación entre la lesión y la uretra. Es indispensable el determinar si un quiste vaginal es de origen uretral, porque la escisión sin la ayuda de un catéter uretral y la falta de drenaje uretral postoperatorio puede resultar en una fístula uretrovaginal. La escisión se recomienda para los sintomáticos de mayor tamaño que es facilitado por el uso de catéter uretral. La infección aguda es una contraindicación para la extracción, aquí se debe realizar solamente una incisión y drenaje.

Quistes del conducto de Bartholino

Emergen del conducto de la glándula de Bartholino revestidos por células secretoras de mucina, células escamosas, o células transicionales localizadas cerca de la apertura de la glándula de Bartholino hacia el vestíbulo (4). Las glándulas de Bartholino son también originarias del seno urogenital y son homólogas a las glándulas bulbo uretrales en varones. La obstrucción ductal por infección previa o mucus espeso son un prerrequisito para la formación de un quiste. Aunque la mayoría de las pacientes son asintomáticas o presentan una leve dispareunia, la estimulación sexual repetida está asociada con lesiones dolorosas de crecimiento rápido. El dolor puede también señalar la infección del quiste. Típicamente tienen de 1 a 4 cm de diámetro. La mayoría son masas quísticas unilaterales, no sensibles, localizadas en el introito lateral medial al labio menor. Estas lesiones son detectables por ultrasonido, TAC y

RNM. Los quistes asociados a dolor, abscesos recurrentes u obstrucción del introito requieren atención quirúrgica. El tratamiento preferido es la marsupialización. La incisión y el drenaje están indicados para el absceso de Bartholino, con un tratamiento definitivo postergado hasta un período de quiescencia.

Adenosis vaginal

La adenosis vaginal es la presencia de epitelio glandular dentro de la vagina, y se atribuye a la falla del epitelio escamoso de reemplazar el epitelio columnar en la vagina y ectocérvix durante la embriogénesis. Las lesiones pueden presentar cualquier tipo histológico derivado de los conductos de Müller. La adenosis vaginal es comúnmente un hallazgo en el examen de una paciente expuesta a dietilbestrol y puede semejar ectropion cervical. La clásica apariencia de la adenosis es una mucosa roja, en los fondos de la vagina y paredes superiores. La identificación de la adenosis puede ser facilitada por la falta de tinción con solución yodada. Los síntomas pueden incluir descarga vaginal mucosa excesiva y escaso sangrado postcoital. Las lesiones pueden regresar sin tratamiento específico, sin embargo, la conversión metaplásica está bien documentada, por lo que debe haber un seguimiento anual de estas lesiones (9).

Quistes del canal de Nuck

El proceso vaginal, también conocido como el canal de Nuck, es un saco peritoneal rudimentario que acompaña al ligamento redondo por el canal inguinal hacia el labio mayor. La persistencia del canal se asocia a hernias inguinales. La oclusión a cualquier nivel puede llevar a la formación de un quiste que es análogo a un hidrocele del cordón espermático. Los quistes del canal de Nuck se encuentran en la parte superior de los labios mayores o canal inguinal. El tamaño puede ser de diversos centímetros y están asociados a hernia inguinal en un tercio de los casos. El examen físico y el ultrasonido pueden ser útiles para realizar el diagnóstico, pero el diagnóstico definitivo se hace usualmente en el intraoperatorio. Histológicamente el quiste está revestido por una capa simple de células cuboidales aplanadas. Los pequeños hidroceles son usualmente asintomáticos y no requieren tratamiento. Si se requiere cirugía, por discomfort o causa cosmética, se recomienda un abordaje idéntico al de la herniorrafia inguinal (6).

Quistes de origen uretral

Como previamente mencionado, es importante determinar si un quiste vaginal se origina de la pared vaginal o es de origen uretral, ya que la escisión de ciertas lesiones uretrales requiere cateterización para drenaje postoperatorio para prevenir la formación de fístulas.

Carúncula uretral

El término carúncula se refiere a una gran variedad de lesiones que protruyen del meato urinario. Las carúnculas uretrales son frecuentemente asintomáticas, pero también se pueden presentar como masa, lesión solitaria roja polipoidea con o sin dolor, sangrado, descarga y/o hematuria. Las carúnculas tienen distintas apariencias pero usualmente son de menos de 1 cm de diámetro y generalmente sobresalen del labio inferior del meato uretral (1). Las carúnculas uretrales sólo se encuentran en la uretra femenina, típicamente en mujeres postmenopáusicas y la mayoría representan un ectropion de las paredes uretrales secundaria a regresión posmenopáusica de la mucosa vaginal. La mayoría de las carúnculas miden sólo pocos milímetros de diámetro. Basado en la histología las carúnculas son clasificadas como papilomatosas, angiomasas o granulomatosas. Todos los tipos consisten en tejido conectivo y vasos sanguíneos cubiertos por epitelio transicional o escamoso. La clasificación depende del grado de reacción inflamatoria asociada. El tratamiento usualmente es expectante, con la escisión reservada para casos que requieran alivio sintomático o en que se deba descartar carcinoma.

Divertículo uretral

El divertículo uretral se forma como consecuencia de glándulas periuretrales infectadas o de quistes rotos hacia el lumen uretral. Los organismos que frecuentemente están implicados son *Escherichia coli*, *gonococcus* y *Chlamydia* (6). Los divertículos uretrales femeninos son raros con una incidencia de 1 a 5%. (5) La edad habitual de presentación es entre los 30 y 50 años. La etiología directa generalmente es desconocida, pero existen diversas hipótesis que incluyen: una glándula peri uretral infectada, trauma uretral previo o cirugía. Estas pacientes con divertículos han tenido múltiples consultas médicas y finalmente derivadas al urólogo con sintomatología urinaria baja refractaria. La triada clásica de disuria, dispareunia y "dribbling" postmiccional, raramente se verifica.

Se localizan en pared vaginal anterior en los dos tercios distales de la uretra. Cuando están infectados puede causar dolor a la compresión del quiste, como también la expulsión de orina o material purulento. Histológicamente, los divertículos consisten mayormente en tejido fibroso, y habitualmente no tienen revestimiento epitelial. Todavía existe controversia de qué método de imagen utilizar para el diagnóstico (cistoscopia, uretrografía retrógrada de doble balón, RNM). Sin embargo, la combinación de cistouretrograma miccional y RNM diagnostica precisamente la condición y localiza la lesión. Cuando se identifica el manejo es una diverticulectomía abierta (4,9,10).

Quistes epidurales

Son quistes de inclusión, revestidos por epitelio escamoso estratificado, usualmente localizado en la pared posterior cerca de una reparación de episiotomía. Son los quistes adquiridos más comunes de la vagina (10). Las inclusiones epidurales secundarias a fragmentos epiteliales enterrados posterior a episiotomía u otros procedimientos quirúrgicos son los más frecuentes quistes vaginales de tipo no embriológico. Los quistes de inclusión varían en tamaño de unos pocos milímetros a numerosos centímetros de diámetro. La ubicación se correlaciona con el área de cirugía previa, y su contenido aparece como tipo queso, y puede incluso remediar un exudado purulento. La imagenología de estas estructuras con RNM muestra una estructura quística conteniendo fluido heterogéneo. Al examen histológico los quistes de inclusión están revestidos por epitelio escamoso estratificado y contienen material con apariencia sebácea que representa células epiteliales descamadas. Como estos quistes son usualmente asintomáticos y pueden ser observados (4).

Endometriosis

La endometriosis es la implantación ectópica de glándulas y estroma endometrial. La ocurrencia primaria en la vulva y áreas vaginales es rara y usualmente representa una manifestación secundaria de enfermedad pelviana. Clínicamente se presentan con dismenorrea, dispareunia, aumentando de volumen cíclicamente, dolor pélvico o disuria. Histológicamente, dos de las siguientes tres características tienen que verse para hacer el diagnóstico: glándulas endometriales, estroma y macrófagos de hemosiderina. También se pueden encontrar células gigantes extranjeas. El trata-

miento es la escisión o destrucción de las lesiones con electrocauterio o láser (4).

Ureterocele ectópico

Es una anomalía congénita dado por la dilatación quística del uréter distal. Los ureteroceles están comúnmente asociados con el polo superior de un sistema colector duplicado, y si se presentan con un uréter ectópico, puede presentarse como una masa vaginal quística. Aunque el diagnóstico se realiza en etapas tempranas, un ureterocele ectópico puede presentarse como incontinencia en una niña mayor o mujer joven. Como el ureterocele se prolapsa a través de la uretra, no se distingue el meato uretral ya que circunda la masa. Clínicamente, la mayoría de los ureteroceles se diagnostican con ultrasonografía prenatal pero pueden también presentarse como una masa vaginal quística en el examen físico. Los ureteroceles ectópicos pueden también ser descubiertos en la evaluación de infecciones urinarias recurrentes o incontinencia urinaria. Como cada caso es único, un abordaje endoscópico o quirúrgico tradicional está indicado (4,5).

Prolapso uretral

El prolapso uretral es una condición relativamente infrecuente que primariamente afecta a los niños afroamericanos con una edad media de 4,6 años o a mujeres blancas posmenopáusicas (8). El prolapso se puede presentar en todas las edades, pero más frecuentemente en los extremos de la vida. Es decir, en niñas menores de 18 años y en mujeres posmenopáusicas (10). Puede ocurrir espontáneamente o secundario a maniobras de Valsalva como en el vómito. El prolapso uretral no está asociado con anomalías de la vejiga o los riñones. Evidencia adicional puede ser obtenida al pasar un catéter por el lumen central hacia la vejiga. El prolapso de órganos pélvicos como cistocele o rectocele pueden presentarse como una lesión vaginal quística. Los síntomas pueden ir desde presión vaginal leve a incontinencia o retención de orina. El diagnóstico es por historia y examen físico. Generalmente se utiliza RNM para determinar la presencia de enterocele. El tratamiento depende del estatus de salud del paciente, grado de prolapso y síntomas asociados (4).

Vaginitis enfisematosa

Es poco frecuente, benigna, caracterizada por quistes de gas en la pared vaginal. Inicialmente

descrita en 1877, y hay menos de 200 casos reportados en la literatura (4). La mayoría de la pacientes se presenta con síntomas de vaginitis pero está descrito por las pacientes un sonido de explosión durante las relaciones sexuales. No se ha encontrado una etiología infecciosa definitiva, pero la mayoría de los casos se relaciona con *Trichomona vaginalis*. El diagnóstico se puede hacer con el examen físico. Los quistes usualmente se encuentran en los dos tercios superiores de la vagina. En el examen físico son los quistes son discretos, tensos y suaves, y pueden crear un sonido de explosión cuando se rompen durante el examen físico vaginal. La TAC puede ser una importante ayuda en el diagnóstico.

Al examen histológico, los quistes contienen material rosado tipo hialino, y están revestidos por células gigantes extrajeras y otras células inflamatorias. La condición es autolimitada y no requiere tratamiento específico (6).

Hidroadenoma vaginal

Los hidroadenomas de la vagina están bien circunscritos, nódulos móviles libremente encontrados principalmente en la zona media del labio mayor en el surco interlabial. La mayoría miden menos de 1 cm. La presencia de tejido granular papilomatoso sugiere su diagnóstico. Al examen microscópico se observan lesiones quísticas llenas de crecimiento papilomatoso. El tratamiento consiste en escisión local.

Quiste dermoide

Es extremadamente raro. Sólo dos casos de quistes dermoides involucrando a la vagina se han descrito en la literatura. En ambos casos el quiste se originó en el espacio paravaginal y el diagnóstico estuvo retrasado. Histológicamente existe un quiste revestido por epitelio escamoso queratinizado que contiene apéndices dermales (6).

CONCLUSIÓN

Las lesiones de la vagina son frecuentes, la mayoría son benignas y asintomáticas. Existen varios tipos de quistes vaginales, tanto verdaderamente de origen vaginal como provenientes de otros tejidos. Los tamaños y ubicaciones también son diversos. Los quistes de inclusión junto con los quistes Müllerianos son los más frecuentes. Son una ocurrencia común en la tercera y cuarta década de la vida de la mujer, y representan un

espectro de patologías de derivados embriológicos a lesiones preneoplásicas. Las imágenes son un buen método para complementar la clínica, sin embargo, el diagnóstico de certeza se obtiene con la histología. No está clara la implicancia pronostica de hacer distinción histológica fina en quistes benignos. El conocimiento de esta patología es esencial para el ginecólogo o urólogo femenino para así llegar a un buen diagnóstico y dar el mejor tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wai C, Corton M, Miller M, Sailors J, Schaffer J. Multiple vaginal wall cysts: Diagnosis and surgical management. Part II. *Obstet Gynecol* 2004;103(5): 1099-102.
2. Urrejola R, Carrasco A, Heredia F. Adenocarcinoma de células claras de la vagina. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2004;69(4):312-15.
3. Laufer MR. Congenital anomalies of the vagina. In: *UpToDate*, Rose BD (Ed), *UpToDate*, Waltham MA, 2005.
4. Montilla J. Vaginal Müllerian cyst presenting as a cystocele. *Obstet Gynecol* 2005;105(5):1182-84.
5. Sharif-Aghdas F, Ghaderian N. Female paraurethral cysts: Experience of 25 cases. *BJU International* 2003;93:353-6.
6. Schlunt K, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: A literature review. *J Urology* 2003;170:717-22.
7. Pradhan S, Tobon H. Vaginal cysts: a clinicopathological study of 41 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1986;5:35-46.
8. Blaivas J, Flisser A, Bleustein C, Panagopoulos G. Periurethral masses: Etiology and diagnosis in a large series of women. *Obstet Gynecol* 2004;103(5): 842-7.
9. El-Mekresh M. Urethral Pathology. *Current Opinion in Urology* 2000;10:381-90.
10. Wright J, Miller J. Female urethral diverticulum: Diverse presentation and surgical results. *J Pelvic Med & Surg* 2005;11(4):191-4.