

QUISTES DEL RAPE MEDIO GENITOPERINEAL

Comunicación de casos

GENITOPERINEAL MEDIAN RAPHE CYSTSCase reports

Dres. Fadil Iturralde, J. L.; Sánchez Mazzaferri, F.; Provenzal, O.; Bragagnolo, J.; Damiani, H.; Yunes, J.; D'Achary, D.*

RESUMEN: *Los quistes del rafe medio representan defectos del desarrollo embriológico de la zona genital y se encuentran tapizados por diferentes epitelios según su ubicación. Estas lesiones, que son más comúnmente halladas cerca del meato uretral, pueden localizarse en cualquier lugar del rafe medio genitoperineal, desde el glande hasta el ano. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica. Presentamos tres nuevos casos y revisamos la literatura.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 4, Pág. 212, 2002)

Palabra clave: Quistes del rafe medio.

SUMMARY: *Cysts of the median raphe represent defects in the embryologic development of the genitalia and are lined by different epitheliums depending on their localization. These lesions, which are most common near the glans penis, may occur anywhere from the urethral meatus to the anus. Surgical excision is the treatment of choice. We report three new cases and reviewed the literature.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 4, Pág. 212, 2002)

Key word: Median raphe cysts.

INTRODUCCIÓN

Los "quistes del rafe medio" son considerados disembriopatías de la línea de cierre genitoperineal en el varón. Aparecen en cualquier lugar del rafe medio genital desde el meato uretral hasta el ano, ubicándose la mayoría de las veces cerca del glande. La pared del quiste puede estar constituida por epitelio derivado del endodermo, del ectodermo, o de ambos. También se los conoce con el nombre de "quistes mucoides".

Presentamos tres pacientes que consultaron en el último año en los Servicios de Urología del Hospital

Cátedra de Urología y *Cátedra de Anatomía Patológica.
Universidad Nacional de Rosario. Hospital Provincial del
Centenario, Rosario, Argentina.
Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario, Argentina.

José Luis Fadil Iturralde
Entre Ríos 1525 2° C
(2000) Rosario, Argentina.
Teléfono: 0341-4214914

Provincial del Centenario y Hospital de Niños "Víctor J. Vilela", poniendo en relevancia a esta patología poco frecuente en la literatura urológica y, por tanto, poco conocida. Se revisa su mecanismo de producción, los motivos que pueden inducir a la consulta, los diagnósticos diferenciales y su tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: J. C. de 30 años de edad que consultó por una formación globulosa asintomática, de 2 cm de diámetro aproximadamente, en la línea media de la cara ventral del pene, debajo del surco balanoprepucial, de crecimiento lento y de varios años de evolución. Al examen físico la lesión era de carácter quística, translúcida, móvil, no adherida a los planos profundos, y sin cambios de tamaño a la compresión ni con la micción (Foto 1).

Bajo anestesia local se realizó una escisión completa de la lesión con cierre primario de la herida. No se encontraba adherida a los planos profundos ni presentaba comunicación con la uretra (Foto 2).

Anatomía patológica: Macroscopia: Formación

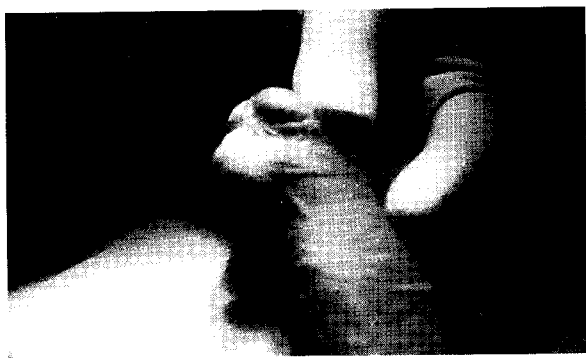


Foto 1. Imagen prequirúrgica del Caso 1.

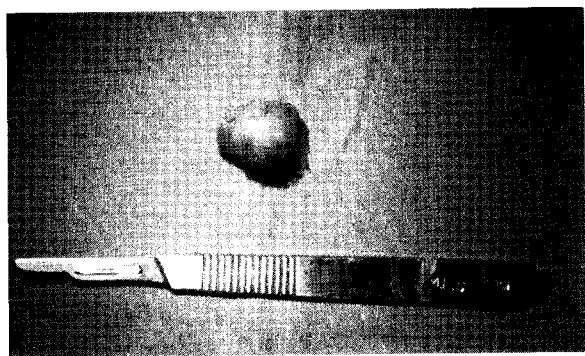


Foto 2. Macroscopia: Pieza quirúrgica de la formación quística.

nodular, ligeramente oval, renitente, de 2 cm por 1,5 cm de diámetro, de superficie lisa y translúcida. *Microscopia:* Epitelio de revestimiento tipo columnar, productor de mucina y escaso tejido conectivo laxo de sostén con infiltrado linfocitario. No se identificaron células musculares en la periferia del quiste (Foto 3).

Diagnóstico final: Quiste del rafe medio.

Caso 2: M. V. de 15 años de edad que consultó por una lesión esférica de 1 cm de diámetro aproximadamente, ubicada junto al meato uretral, de aspecto quístico a la inspección, de crecimiento lento y de un año de evolución. La lesión era totalmente asintomática y no se modificaba de tamaño a la compresión ni con la micción, (Fotos 4 y 5).

Se realizó escisión completa de la lesión con cierre primario de la herida. No estaba adherida a los planos profundos ni a la piel.

Anatomía patológica: Macroscopia: Formación nodular quística, renitente, translúcida, de 0,9 cm por 0,6 cm de diámetro. Al corte emanó un líquido seroso y la superficie interior era lisa y brillante. *Microscopia:* Presentaba un epitelio escamoso no estratificado soportado por tejido conectivo fibroso sin células musculares.

Diagnóstico final: Quiste del rafe medio.

Caso 3: S. G. de 8 años de edad, portador de vejiga neurogénica. Durante el examen físico se verifica lesión quística de 0,5 cm de diámetro ubicada en el rafe medio del periné. La lesión era asintomática y de larga evolución, sin modificaciones clínicas desde su aparición. En forma simultánea y bajo anestesia general se realizó ureterocistoplastia de ampliación y escisión completa de la lesión (Foto 6).

Anatomía patológica: Macroscopia: Formación quística de 0,5 cm de diámetro, con contenido líquido seroso. *Microscopia:* Epitelio escamoso no queratinizado sobre un tejido conectivo de sostén sin signos de atipia.

Diagnóstico final: Quiste del rafe medio perineal.



Foto 3. Microscopia: Epitelio columnar pseudoestratificado sobre un tejido conectivo de sostén. No se observan células musculares.

DISCUSIÓN

Dentro de las malformaciones menores del rafe medio genitoperineal se encuentran los quistes y los canales. Estos últimos se hallan habitualmente como un fondo de saco sin comunicación con la uretra, y recubiertos por un epitelio escamoso^(1,2). La incidencia



Foto 4. Imagen prequirúrgica del Caso 2.

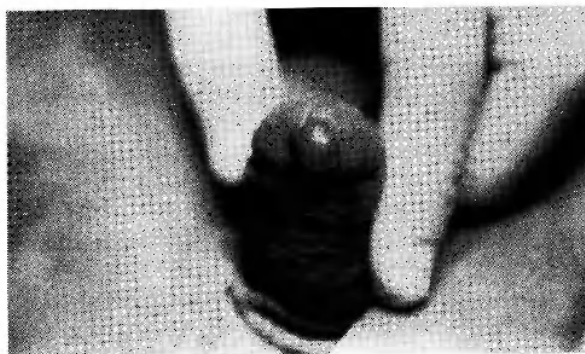


Foto 5. Imagen prequirúrgica del Caso 2.

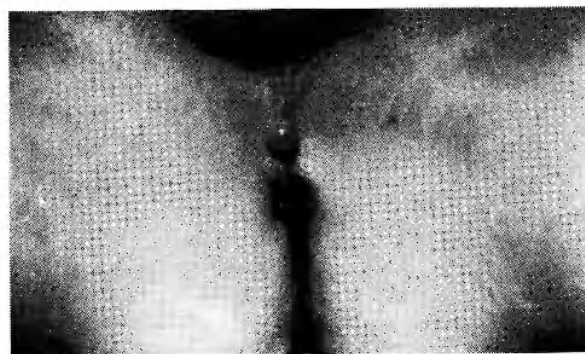


Foto 6. Imagen prequirúrgica del Caso 3.

de estas patologías es mayor de lo que la literatura urológica hace pensar; sin embargo, son numerosas las citas que podemos encontrar en publicaciones dermatológicas.

Los quistes, generalmente, no provocan molestias por lo que, pese a su carácter congénito, no suelen diagnosticarse hasta la juventud o inicio de la edad adulta. En ocasiones el motivo de la consulta es simplemente aclarar el significado de esta formación asintomática, mientras que en otras es por molestias en la actividad sexual o síntomas provocados por su sobreinfección, frecuentemente por enfermedades venéreas⁽³⁻⁶⁾.

Etiopatogenia: El rafe medio genitoperineal del hombre se extiende desde el meato uretral hasta el ano, e intervienen varias estructuras en su formación⁽⁵⁻⁸⁾.

- El rafe medio del glande representa la línea de fusión de los bordes del canal uretral glandular (ectodermo).
- El rafe medio peneano representa la línea de fusión de los pliegues uretrales que dan origen a la uretra peneana (endodermo).
- El rafe medio del escroto y periné representa la línea de fusión de las eminencias o pliegues genitales (ectodermo).

De estos hechos se han derivado las diferentes teorías que intentan explicar la formación de quistes en el rafe medio^(3,9 10):

1. Inclusiones epiteliales en el momento del cierre del seno uretral, equivalentes a la formación de los quistes bronquiales, presentando estas lesiones epitelios relacionados con el nivel de donde derivan.
2. Migración y desarrollo excesivo de islotes celulares posterior al cierre.
3. Metaplasia epidermoide de estructuras que inicialmente presentaban un epitelio cilíndrico.
4. Derivados de las glándulas periuretrales de *Littre* en localización ectópica.

El diagnóstico es sugerido ya clínicamente ante la presencia de formaciones quísticas únicas o múltiples de pocos milímetros a 2 o 3 cm de diámetro, característicamente situadas sobre el rafe medio en la cara ventral del pene y su continuación a través del periné hasta el ano.

Dentro de los métodos complementarios de diagnóstico puede utilizarse la ecografía peneana, la cual permite distinguir si se trata de una formación sólida o quística; y dependiendo de la experiencia del operador, la presencia o no de comunicación con la uretra. Otros métodos empleados son la uretrografía retrógrada y la inyección intraquística de azul de metileno, ambas destinadas a realizar el diagnóstico diferencial con un divertículo uretral⁽⁴⁾. No utilizamos ninguna de estas técnicas, ya que consideramos que la clínica era suficiente para el diagnóstico y que ninguna de ellas modificaría la actitud terapéutica.

Otras lesiones quísticas y tumorales de la región perineogenital deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial^(5,11,13):

- *Quiste Dermoide*: Se forma por inclusión de epitelio, generalmente a consecuencia de una cicatriz quirúrgica.
- *Tumor Glómico*: Formación subcutánea constituida por una red de anastomosis arteriovenosas. Son de color rojo vinoso.
- *Quiste Epidermoide*: Formado por una pared análoga a la estructura de la piel, que contiene grasa, pelos, glándulas, etc.
- *Esteatocistoma*: Conducto folicular dilatado y atrofiado lleno de queratina y lípidos.
- *Hidrocistoma Apócrino*: Enfermedad quística de las glándulas sudoríparas, con epitelio columnar secretor por decapitación celular. Son PAS +.
- *Divertículo Uretral*: Tumoración en comunicación con la uretra, generalmente con clínica más florida.
- *Quiste Pilonoidal*: Quiste cubierto de epitelio escamoso que a menudo contiene pelo.

Anatomía patológica: Suelen presentarse como cavidades únicas o múltiples de contenido seroso o mucoso, cuya pared consiste en un epitelio columnar pseudoestratificado o un epitelio escamoso. Pueden hallarse células mucosas ocasionales entre las células del epitelio de revestimiento. En 1995 Romaní y col. publicaron el caso de un paciente con un quiste del rafe medio que presentaba células ciliadas aisladas dentro de un epitelio pseudoestratificado columnar⁽¹⁴⁾. No se observan células mioepiteliales rodeando al quiste. Estos hallazgos siguen el espectro histológico comúnmente encontrado en las diferentes porciones de la uretra masculina, justificando el origen disembrionológico de los quistes del rafe medio^(10,15).

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa del quiste, lo cual es muy sencillo y resuelve completamente el problema, además de confirmar el diagnóstico histológico. También se ha descrito como tratamiento la marsupialización más electrocauterio del mismo, con buenos resultados^(3,5,11,13,15).

CONCLUSIONES

Los quistes del rafe medio son formaciones congénitas benignas, aunque su diagnóstico generalmente se realiza entre la primera y tercera década de vida. Si bien su reconocimiento es sencillo y se basa en la presentación clínica y un buen interrogatorio, deben considerarse otras formaciones de la región perineogenital como diagnóstico diferencial. La escisión quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dupré, A. y col.: Canaux et kystes dysembryoplastiques du raphé génito-périnéal. *Ann. Dermatol. Venerol.*, 109: 81-84, 1982.
2. Golitz, L. E. y col.: Median raphe canals of the penis. *Cutis*, 27: 170-172, 1981.
3. Asarch, R. G. y col.: Median raphe cysts of the penis. *Arch. Dermatol.*, 115: 1084-1086, 1979.
4. Lynch, P.: Enfermedades cutáneas de los genitales externos. Campbell Urología, Tomo 1, Cap. 20, 1994.
5. Pitarch, A. y col.: Infección por *E. coli* en quiste de rafe medio del pene. *Actas Dermo-Sif.*, 84: 145-148, 1993.
6. Sharkey, M. J. y col.: Postcoital appearance of a media raphe cyst. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 26: 273-274, 1992.
7. Flores Ginés, J. y col.: Embriología del aparato genital. España, 1996.
8. Langman, J.: Embriología médica. Ed. Panamericana, 1981.
9. Claudy, A. L. y col.: Epidermal and urethroid penile cyst. *Acta Derm. Venerol.* (Stockh.), 71: 61-62, 1991.
10. Sánchez Conejo, J. y col.: Genitoperineal cyst of the median raphe. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 10: 451-454, 1984.
11. Cole, L. A., Helwig, E. B.: Mucoid cysts of the penile skin. *J. Urol.* 115: 397-400, 1976.
12. Rattan, J. y col.: Epidermoid cyst of the penis with extension into the pelvis. *J. Urol.*, 158: 593, 1997.
13. Bosch, R. J. y col.: Quistes del rafe medio del pene. *Med. Cut. I. L. A.*, 19: 195-197, 1991.
14. Romaní J. y col.: Median raphe cyst of the penis with ciliated cells. *J. Cutan. Pathol.*, 22: 378-381, 1995.
15. Yu'ichi Terao y col.: Median raphe cyst of the penis. *Cutis*, 34: 495-496, 1984.