

## Quiste urotelial parauretral *Presentación de un caso*

### Paraurethral urotelial cyst *Case report*

Dres. Pautasso, O. S.\*;  
Paradello, M.\*\*;  
Marengo, R.;  
Pautasso, A. C.;  
Pautasso S.

#### INTRODUCCIÓN

Se trata de una patología muy rara, que afecta al sexo femenino, pudiendo presentarse tanto en el recién nacido e infancia como en la mujer adulta.

Su incidencia es de aproximadamente 1 caso cada 7.000 nacimientos femeninos.

Existen muy pocos casos relatados en la literatura. Se los reconoce además como quistes de la glándula de Skene.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 41 años, multipara, que consulta por dolor pelviano, dispareunia de varios años de evolución, sintomatología irritativa y obstructiva vesical, sensación de bulto vaginal y dificultad para permanecer sentada.

Al examen clínico se comprueba la presencia de una tumoración vaginal anterior, muy dolorosa, de aproximadamente 2 cm de diámetro, lateralizada a la derecha de la uretra y a dos centímetros por detrás del meato. La compresión de dicha tumoración no provoca la salida de orina ni pus por la uretra.

La ecografía transvaginal, muestra una tumoración de contenido líquido, de 20 mm de diámetro, situada a la derecha de la uretra.

Mediante una uretrrocistografía retrógrada se descarta la existencia de un divertículo uretral, dicho estudio además muestra una uretra y vejiga normales, sin residuo postmiccional

Con el objeto de obtener mayor precisión anatómica, se practica una RNM que ra-

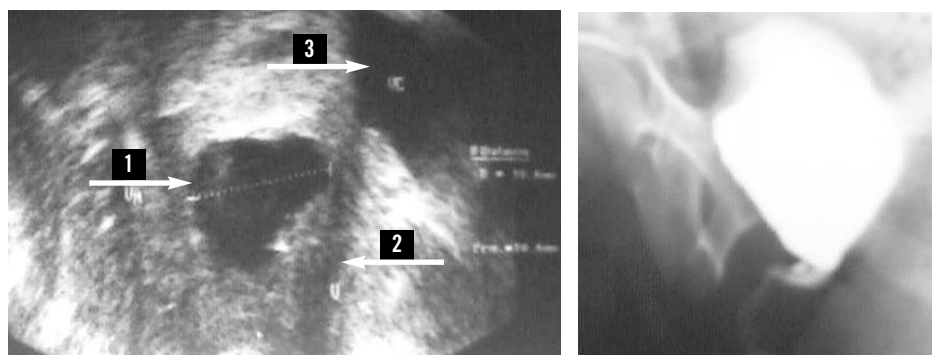


Figura 1. Ecografía transvaginal. Flecha 1: quiste; flecha 2: uretra desplazada; flecha 3: vejiga.

Figura 2. Uretrocistografía normal.

\* Profesor Titular Plenario de Urología. Universidad Nacional de Córdoba.  
Jefe del Servicio de Urología del Sanatorio del Salvador.  
Gral Deheza 542. Córdoba 5000. Argentina.  
pautasso@fibertel.com.ar

\*\* Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Sanatorio del Salvador.

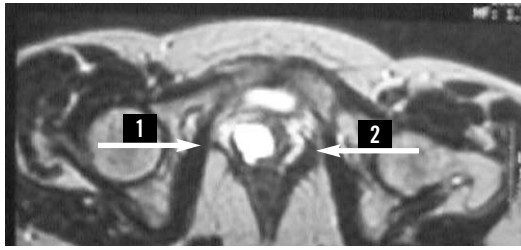


Figura 3. RNM. Flecha N°1: quiste; flecha N°2: uretra desplazada.

tifica su naturaleza quística y ubicación, mostrando además una desviación y compresión uretral ocasionadas por dicha lesión.

La paciente es intervenida quirúrgicamente por vía vaginal, procediendo a realizarse una resección parcial y marsupialización de la lesión quística, previa colocación de una sonda vesical que se mantiene durante dos días en el postoperatorio.

El examen patológico muestra una pared quística fibrosa, revestida por epitelio transicional sin atipia, con nidos del mismo epitelio en el estroma y algunas calcificaciones. En base a esos hallazgos, es tipificado como un quiste de las glándulas de Skene.

La evolución clínica fue satisfactoria, con remisión completa de toda su sintomatología y restitución de la paciente a una actividad cotidiana y genital normales.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de estructuras quísticas parauretrales, está en el orden del 2 a 6%.

Los quistes vaginales se clasifican en cuatro grupos: quistes de inclusión, quistes de Gardner, quistes müllerianos y quistes de las glándulas de Skene.

Los quistes de inclusión son los más frecuentes; se producen por restos embrionarios incluidos en el epitelio vaginal; suelen ser pequeños (entre 1 y 3 cm) y se sitúan en la pared vaginal posterior, en cercanías del introito vaginal.

Los quistes müllerianos, están tapizados por epitelio escamoso poliestratificado y representan un tercio de los casos.

Los quistes de Gardner, cubiertos por epitelio co-

lumnar, se producen por una persistencia del conducto de Wolff; se ubican en la pared anterolateral de la vagina y pueden alcanzar por arriba hasta el ligamento ancho; pueden infectarse, pero no sufren degeneración maligna.

Los quistes de Skene, están tapizados por epitelio transicional; no poseen comunicación con la uretra ni con la vagina y se originan en el septo que separa a ambas estructuras. Son tumores benignos, que pueden presentarse en la infancia como voluminosas lesiones que deforman la vagina. En la mujer adulta, suelen producir dolor pelviano, dispareunia y sintomatología irritativa u obstructiva vesical, llegando en casos extremos a la retención urinaria completa.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el ureterocele ectópico, ureterocele, divertículo uretral y tumores malignos uretrales y parauretrales.

Su naturaleza quística y ubicación topográfica, pueden evidenciarse adecuadamente con la ecografía transvaginal y la resonancia nuclear magnética.

El tratamiento es quirúrgico y el diagnóstico definitivo se logra con el examen del espécimen extraído.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ingrassia I; Silvestri G; Melani A y col.: La cisti di Skene in gravidanza. Caso clínico. *Minerva Ginecol*; 49 (5): 225, 1997.
2. Romero Pérez P; Amat Cecilia M; Sevilla Chica F y col.: Quiste parauretral de la glándula de Skene. *Actas Urol Esp*; 17 (3): 207, 1993.
3. Satán H; Yoshimura N; Hayashi N y col.: A case of female paraurethral cyst diagnosed as epithelial inclusion cyst. *Hinyokika Kyo*; 46 (3): 205, 2000.
4. Herek O; Ergin H; Karaduman D y col.: Paraurethral cysts in newborn: a case report and review of literature. *Eur J Pediatr Surg*; 10 (1): 65, 2000.
5. Sumano Avendaño E; Eraña Guerra L.: Quiste parauretral. Informe de dos casos. *Bol Med Hosp. Infant Mex*; 43 (6): 382, 1986.
6. Stovall T; Muram D; Long D.: Paraurethral cyst as an unusual cause of acute urinary retention. A case report. *J Reprod Med*; 345 (6): 423, 1989.
7. Kimbrough H; Vaughan D.: Skené's duct cyst in a newborn: case report and review of the literature. *J Urol*; 117 (3): 387, 1997.
8. Deppish L.: Cysts of the vagina: Classification and clinical correlations. *Obstet Gynecol*; 45 (6): 632, 1975.