

Quiste de la glándula de Skene: presentación de un caso y revisión de la literatura

Skene's gland cyst: case report and review of the literature

Rodrigo López Fontana, Gastón López Fontana, José Daniel López Laur

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Clínica Andina de Urología, Mendoza. Argentina.

INTRODUCCIÓN

A nivel de la cúpula vagina y sobre el borde inferior de la uretra se encuentran cuatro pequeñas glándulas denominadas glándulas de Skene. Son homólogas a la glándula prostática, por lo que han sido llamadas “la próstata de la mujer”. Más aún, son secretoras de antígeno prostático específico¹. Su función está relacionada con la lubricación uretral y la eyacuación femenina. Al ser hormonodependientes suelen encontrarse hipertrofiadas durante el embarazo y atrofiadas en la menopausia^{2,3}; por lo tanto, las patologías relacionadas con esta glándula ocurren con mayor frecuencia entre los 25 y los 34 años de edad y son secundarias a la obstrucción de su conducto o a la infección.

La infección, denominada Skenitis, se manifiesta con dolor, dispareunia y síntomas urinarios obstructivos y/o irritativos. Sin embargo, cuando se obstruye su orificio suele manifestarse como una tumoración en la pared anterior de la vagina. Debido a su escasa frecuencia, existen pocos reportes en la literatura⁴. Además, es una patología tratada habitualmente por los ginecólogos; no obstante, cuando se asocia a síntomas urinarios obstructivos o su tamaño es lo suficientemente grande que desplaza la uretra, suelen consultar al urólogo. Por lo tanto, nuestro objetivo es reportar un caso de un quiste complicado de la glándula de Skene y revisar la literatura.

CASO CLÍNICO

Presentamos una mujer sana de 27 años de edad, en período de lactancia, que consulta por dolor en región vulvar, sensación de cuerpo extraño y dispareunia.

Al examen físico se observa una tumoración parauretral derecha e indolora, que desplaza la uretra medialmente, sin signos de flogosis (**Figura 1**). No se evidencian secreciones vaginales ni adenopatías inguinales. En función de descartar una patología uretral se efectuó una uretrocistoscopia la cual fue de aspecto normal; por lo tanto, se decide realizar una resección de dicha lesión.

En posición ginecológica y luego de colocar una sonda vesical se incide a nivel parauretral derecho. Se disecciona meticulosamente el quiste (**Figura 2**) hasta la exéresis completa que se envía a estudio histopatológico (**Figura 3**). El cierre de la vagina es realizado con ácido poliglicólico 4-0. Finalmente, la paciente es dada de alta a las 24 horas sin sonda vesical siendo normales los controles posteriores.



Figura 1. Quiste parauretral derecho.

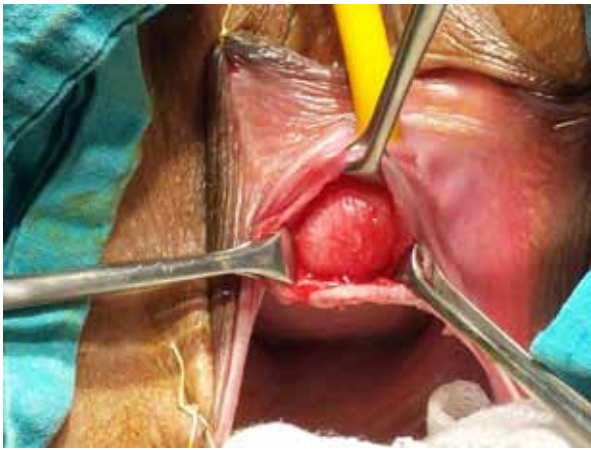


Figura 2. Disección del quiste.

El informe histopatológico confirmó un quiste simple recubierto por un epitelio escamoso y estratificado sin atipias celulares.

DISCUSIÓN

Los tumores parauretrales son generalmente diagnosticados y tratados por los ginecólogos. El rol del urólogo entra en juego cuando la tumoración alcanza un tamaño considerable que produce una obstrucción uretral y/o síntomas urinarios. Al ser una patología infrecuente debemos efectuar un diagnóstico preciso para no incurrir en errores. El diagnóstico es netamente clínico siendo lo más importante la ubicación de la lesión con referencia a la vagina. Si ésta se localiza en la pared anterior puede tratarse de dos patologías: el Quiste de Gardner derivado de restos mesonéfricos y el Quiste Mulleriano derivado de restos paramesonéfricos. Si se localiza en alguna de las paredes laterales del introito puede tratarse de los quistes de la glándula de Bartholin. La pared anterior y posterior de la vagina puede ser ocupada por cistoceles, rectoceles o en raros casos un ureteroceles. El quiste de la glándula de Skene debe ser sospechado cuando la



Figura 3. Exéresis del quiste.

tumoración se encuentra en el piso de la uretra siendo dificultoso el diagnóstico diferencial con un divertículo uretral el cual protruye por la pared posterior y lateral de la uretra. Extremadamente raro (0,003%), la tumoración puede corresponder a un cáncer de uretra o parauretral como los adenocarcinomas. La uretrrocistoscopia o la uretrrocistografía retrógrada pueden ser de gran ayuda para determinar si existe alguna comunicación con la uretra, vejiga o vagina. No obstante, el diagnóstico definitivo es clínico y anatomopatológico^{5,6}.

El tratamiento médico con antibióticos y drenaje, mediante su apertura o aspiración, en general suele no ser efectivo por la elevada tasa de recidiva^{4,7}. Por lo tanto, se recomienda la exéresis quirúrgica sin son sintomáticos. Durante la cirugía debe evitarse el daño de la uretra; no obstante, si esto ocurre (aproximadamente 10% de los pacientes) debe repararse en el mismo acto quirúrgico.

Como conclusión, los tumores parauretrales son raros y más aún en la práctica urológica cotidiana. Lo más importante es realizar un diagnóstico preciso teniendo en cuenta su localización con respecto a la vagina. El tratamiento depende de la patología pero los mejores resultados son los quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kazakov DV, Stewart CJ, Kacerovska D y cols. Prostatic-type tissue in the lower female genital tract: a morphologic spectrum, including vaginal tubulosquamous polyp, adenomyomatous hyperplasia of paraurethral Skene glands (female prostate), and ectopic lesion in the vulva. *Am J Surg Pathol.* 2010; 34:950-5.
2. Asper A, Rackley R, Vasavada S. Contemporary evaluation and management of the female urethral diverticulum. *Urol Clin North Am.* 1998; 29:617-624.
3. Miranda EP, Almeida DC, Ribeiro GP y cols. Surgical treatment for recurrent refractory skenitis. *Scientific World Journal.* 2008; 13; 8:658-60.
4. Busto Martín L, Barguti I, Andraca AZ y cols. Cyst of the skene's gland: report of four cases and bibliographic review. *Arch Esp Urol.* 2010; 63:238-42.
5. Soria GR, Gonzalez A, Jaspersen J. Quistes parauretrales. Reporte de 19 casos y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol.* 2005; 65:60-5.
6. Reyes GM, Reyna PR, Sanchez OJ y cols. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol.* 2000; 60:87-91.
7. Romero Reyes R, Rodriguez Colorado S, Escobar del Barco L y cols. Quiste suburetral. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2009; 77:160-4.