

Caso	(547) Mi caso favorito de la urgencia
Autores	Luis Miguel Zurita Segura, Mercedes García Carriazo, Leyla Enamorado Martín, carmen Pérez Rodríguez, natalia Pérez Sanchez, ana Maria Arguelles Arias
Centro	Hospital Universitario Virgen Macarena

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 27 años remitida por ITU que no mejora con tratamiento antibiótico. Se solicita ecografía abdominal y pélvica para descartar pielonefritis.

La ecografía realizada se visualiza a nivel del suelo pélvico, en probable relación con la uretra, en el espacio vesico-vaginal, una formación hipoecoica redondeada sin flujo doppler de unos 3 cm que sugiere un pequeño absceso, contactando con la pared posterobasal de la vejiga, el cual se encuentra engrosada.

Se amplía estudio a TC de Abdomen y pelvis con contraste donde se confirma la colección visualizada en la ecografía, la cual se encuentra en el espacio vesico-vaginal a 2 mm de la uretra, discretamente lateralizado a la derecha que sugiere absceso de la glándula de Skene como primera posibilidad diagnóstica.

DISCUSIÓN

Las glándulas de Skene son unas glándulas de pequeño tamaño que se localizan alrededor del borde ífero distal de la uretra. La patología de dichas glándulas no suele ser frecuente, ya que en la mayoría de las ocasiones los pequeños quistes pasan desapercibidos, a no ser que existan complicaciones: cuando se infectan u obstruyen, dichas glándulas, se agrandan e inflaman, dando a lo que se conoce como Skenitis.

Causas que pueden dar origen a la formación de los quistes pueden ser obstrucción por cuerpo extraño, traumatismos o infecciones de repetición con aumento del tamaño de la glándula originando un quiste o absceso.

Estableceremos un diagnóstico diferencial con quiste de la glándula de Bartolino y divertículo uretral (uretrocele), ubicándose este último en la zona media de la uretra frente a los quistes de las glándulas parauretrales, que se encuentran cerca del meato uretral externo.

El tratamiento definitivo en el caso de clínica de la paciente sería la marsupialización.

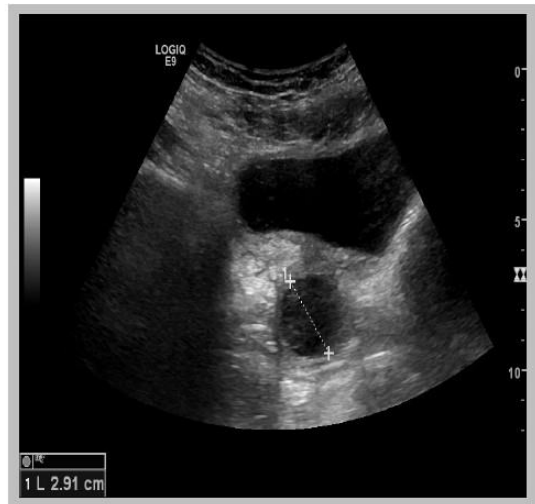
En cuanto a la imagen se observa una lesión quística, bien delimitada, con pared fina y sin realce normalmente en el introito vaginal anterior. En el caso de complicación y formación de abscesos observaremos un engrosamiento y realce de su pared (skenitis).

CONCLUSIÓN

La presentación clínica de un quiste de las glándulas de Skene ofrece una variabilidad de la clínica que en muchas ocasiones (una falta de existir una masa visible) es tratada como una infección urinaria y resolviéndose la patología de forma empírica.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial correcto y un estudio completo de la vía urinaria pudiendo realizar así un diagnóstico y un manejo adecuado de la patología.

La punción del quiste / absceso suele presentar importante número de recidivas y posible infección del mismo. Una exceresis / marsupialización tiene muy buenos resultados y con pocas probabilidades de recidiva.



Se observa en TC de abdomen y pélvis con contraste y eco de abdomen y pélvis colección en espacio vesicovaginal sugestivo de absceso de la glándula de Skene (skenitis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda EP, Almeida DC, Ribeiro GP, Parente JM y Scafuri AG. Tratamiento quirúrgico de la Skenitis refractaria recurrente . TSW Urología, 2008; 658-660.
2. Bautista-Gómez E, Morales-García V, Flores-Romero AL, Santos-Pérez U. Quiste de Skene: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2013 [citado 20 de mayo de 2019]; 81.
3. López Fontana R, López Fontana G, López Laur JD. Quiste de la glándula de Skene: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Arg. de Urologia.
4. Soria Fernández DR, González Pérez A, JaspersenGastelum J. Quistes parauretrales. Reporte de 19 casos y revisión de la literatura. Revista Mexicana de Urología. [citado 20 de mayo de 2019]; 65 (1).