

SKENITIS. Diagnóstico diferencial de tumoraciones vulvares.

Morgado Estepa C, Luengo Tabernero A, Heredia García I, Olid Moreno MI, Pérez Caparrós MD, Moreno García AM.

Hospital de Mérida, Badajoz

Antecedentes / Objetivos

Las glándulas parauretrales femeninas, fueron descritas por Regnier de Graff, Alphonse Guérin y posteriormente por Alexander Skene, de quien reciben su nombre.

Son cuatro pequeñas glándulas localizadas alrededor del borde inferior y distal de la uretra. Son homólogas a la próstata, capaces de secretar antígeno prostático específico (PSA) y participan en la lubricación femenina.

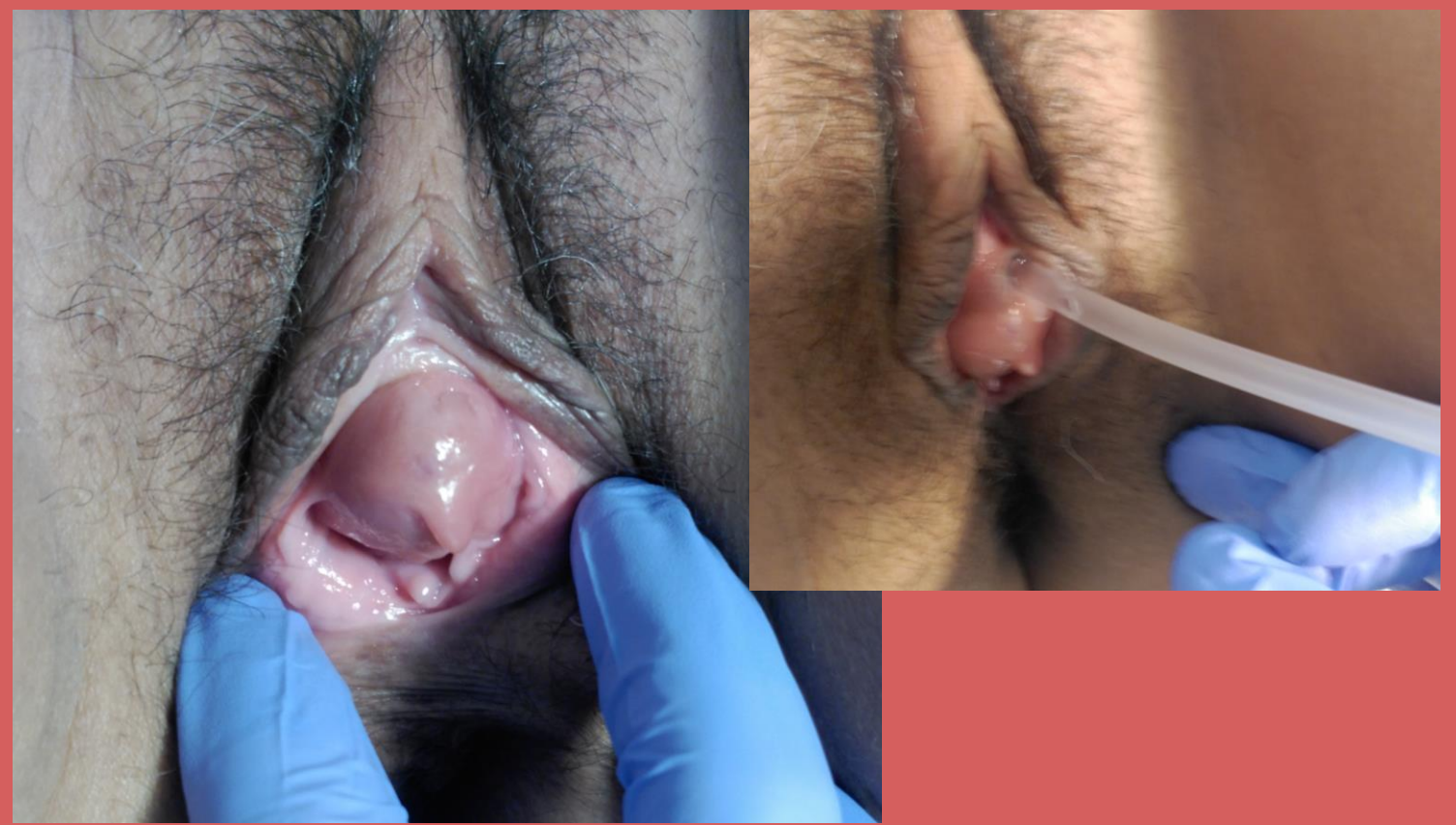
Suelen pasar desapercibidas a la inspección excepto cuando se infectan o se obstruye su conducto de salida; dando lugar respectivamente a skenitis o a un quiste de retención. Clásicamente su inflamación se da en la gonorrea.

Material y Métodos

Paciente de 51 años que acude a Urgencias de Ginecología derivada por su médico de Atención Primaria con sospecha clínica de Bartholinitis y tratada durante 4 días con antibiótico (Clindamicina) y antiinflamatorio, sin objetivar mejoría. Refería tumoración dolorosa próxima a uretra, de crecimiento progresivo. Afebril y sin antecedentes clínicos de interés.

Con diagnóstico de skenitis vs quiste de Skene derecho sobreinfectado, se pauta tratamiento antiinflamatorio, antibiótico resistente a betalactamasas (Cloxacilina), y protector gástrico. Poco después la paciente regresa a urgencias presentando drenaje espontáneo de contenido de aspecto seroso, no purulento, ni maloliente.

Se indica control clínico 4 días más tarde. En ese momento se objetiva gran mejoría de la lesión, práctica ausencia de tumoración y presencia de mínima placa de fibrina de 1 x 1 mm correspondiente al punto de drenaje espontáneo, sin signos de inflamación ni infección, se da por resuelto el episodio de skenitis.



A la exploración se objetiva tumoración de 2 cm a nivel parauretral derecho, dolorosa a la palpación, que desvía uretra. Con sonda urinaria se demuestra que la compresión es externa y que la uretra no está obstruida o estenosada.

Resultados

La patología en la glándula de Skene es infrecuente, por lo que requiere conocerla para realizar un diagnóstico preciso. Existen múltiples causas, traumatismos mecánicos, obstrucción de secreciones o infecciones de repetición. La clínica es inespecífica con dolor, masa palpable, dispareunia, clínica irritativa y obstructiva miccional. Habitualmente anamnesis e inspección directas son suficientes para el diagnóstico y sin necesitar pruebas complementarias.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras tumoraciones de aparición en vulva. La ubicación de las lesiones es imprescindible para diferenciarlas, aunque el diagnóstico definitivo sea el estudio anatomopatológico.

Dentro del diagnóstico diferencial se incluyen lesiones glándulo-quísticas, sólidas, prolapsos y patologías dérmicas.



Lipoma



Quiste de Naboth gigante



Prolapso uretral

El tratamiento médico es la primera opción de la skenitis, especialmente en formas agudas, con analgésicos y cobertura antibiótica adecuada. En el caso de un absceso de la glándula de Skene, se realiza incisión y drenaje, rara vez con marsupialización. Cuando se trata de lesiones crónicas, el tratamiento es la extirpación.

La resección completa con cirugía puede resultar compleja y con alto riesgo de complicaciones por su localización periuretral. Es útil importante colocar una sonda de Foley durante la cirugía. Si ocurre la lesión de la uretra distal (incidencia 10%), se debe reparar en el mismo acto quirúrgico y dejar un catéter uretral durante 2 o 3 semanas.

Conclusiones

La patología de la glándula de Skene es rara. Lo más importante es realizar un diagnóstico preciso, teniendo en cuenta su localización en vulva, antes de tomar una decisión terapéutica. El tratamiento depende de la patología, pero los mejores resultados son los quirúrgicos.