



## Quiste suburetral. Reporte de un caso

Rocio Romero Reyes,\* Silvia Rodríguez Colorado,\*\* Laura Escobar del Barco,\*\*\* Viridiana Gorbea Chávez\*\*\*

Nivel de evidencia: II-3

### RESUMEN

Los quistes suburetrales son infrecuentes, se forman a partir de restos embrionarios o de la obstrucción de las glándulas parauretrales, cuya localización, en más del 85% de los casos, se encuentra en los dos tercios proximales y cara posterior y lateral de la uretra. El diagnóstico es clínico y se necesitan estudios radiológicos para demostrar la ausencia de comunicación con la uretra. Una vez confirmado el diagnóstico de quiste suburetral, la cirugía es el tratamiento de elección. Antes de su resección, la presencia de un divertículo uretral. La lesión uretral es el riesgo quirúrgico más frecuente, si es advertida durante la cirugía debe ser reparada inmediatamente. Hasta el momento no se ha reportado fístula uretro-vaginal como complicación después de su reparación.

La paciente que presentamos tenía un quiste suburetral en tercio distal de 4 x 2 cm, a 6 meses de seguimiento seguía asintomática, sin complicación posquirúrgica. El informe de patología reportó pared de 3 x 2.2 cm con espesor de 0.3 cm, grisácea e irregular, de consistencia blanda. Microscópicamente se identificó epitelio transicional y focos de metaplasia escamosa e inflamación crónica focal. De acuerdo al reporte histopatológico, el epitelio de transición indica que es quiste de Skene.

**Palabras clave:** quiste suburetral, divertículo uretral, uretrocistografía retrograda.

### ABSTRACT

Suburethral cysts are rare, are formed from remnants of embryonic or blockage of the paraurethral glands, whose location in more than 85% of cases are found in the proximal two thirds and posterior and lateral to the urethra. The diagnosis is clinical and radiological studies are needed to demonstrate the absence of communication with the urethra. Once the diagnosis of suburethral cyst, surgery is the treatment of choice. Before its resection, the presence of a urethral diverticulum. Urethral injury is the most common surgical risk, as noted during surgery must be repaired immediately. So far it has not been reported urethra-vaginal fistula as a complication after repair.

The present patient had a cyst in the distal third of Suburethral 4 x 2 cm, a 6-month follow-up remained asymptomatic, with no postoperative complication. The pathology reported wall 3 x 2.2 cm with a thickness of 0.3 cm, greyish, irregular, soft consistency. Microscopically identified transitional epithelium and foci of squamous metaplasia and focal chronic inflammation. According to the histopathological report, the transitional epithelium indicates the cyst Skene.

**Keywords:** suburethral cyst, urethral diverticulum, urethrocytography retrograde.

### RÉSUMÉ

Les kystes sous-urétraux son inhabituels, ils se forment à partir des restes embryonnaires ou de l'obstruction des glandes paraurétrales, dont la localisation en plus de 85% des cas se trouve dans les deux tiers proximaux et face postérieure et latérale de l'urètre. Le diagnostic est clinique et on a besoin d'études radiologiques pour démontrer l'absence de communication avec l'urètre. Une fois le diagnostic de kyste sous-urétral confirmé, l'excision chirurgicale est le traitement de choix ; il est très important qu'avant son enlèvement on écarte la présence d'un diverticule urétral. La lésion urétrale est le risque chirurgical le plus fréquent, si elle est avertie pendant la chirurgie elle doit être réparée immédiatement. Jusqu'à ce moment, on n'a pas rapporté de fistule uréthro-vaginale comme complication après sa réparation.

La patiente que nous présentons avait un kyste sous-urétral dans le tiers distal de 4 x 2 cm, après 6 mois de suivi, elle continuait d'être asymptomatique, sans complication post-chirurgicale. Le rapport de pathologie a communiqué paroi de 3 x 2.2 cm avec épaisseur de 0.3 cm, grisâtre et irrégulière, à molle consistance. Au microscope on a identifié épithélium transitionnel et sièges de métaplasie squameuse et inflammation chronique focale. Selon le rapport histopathologique, l'épithélium de transition indique qu'il s'agit d'un kyste de Skene.

**Mots-clés:** kyste sous-urétral, diverticule urétral, urétrocystographie rétrograde.

### RESUMO

Os cistos suburetrais são frequentes, formam-se a partir de restos embrionários ou de obstrução das glândulas para uretrais, cuja localização em mais de 85% dos casos encontra-se em 2/3 proximais e cara posterior e lateral da uretra. O diagnóstico é clínico e necessitam estudos radiológicos para demonstrar a ausência de comunicação com a uretra. Uma vez confirmado o diagnóstico de cisto suburetral

a excisión cirúrgica é um tratamento de eleição; é muito importante que antes de sua incisión cirúrgica descarte a presença de um divertículo uretral. A lesão uretral é um risco cirúrgico mais freqüente, se é advertida durante a cirurgia deve ser reparada imediatamente. Até o momento não foi relatado fístula uretro-vaginal como complicação depois de sua reparação.

A paciente que apresentamos tinha um cisto suburetral em terço distal de 4 x 2 cm, a 6 meses de seguimento seguia assintomática, sem complicação pós-cirúrgica. A informação de patologia relatou parede de 3 x 2,2 cm com espessura de 0,3 cm, cinzenta e irregular, de consistência branda. Microscopicamente foi identificado epitélio transicional e focos metaplasia escamosa e inflamação crônica focal. De acordo ao relato histopatológico, o epitélio de transição indica que é um cisto de Skene.

**Palavras-Chave:** Cisto suburetral, divertículo uretral, uretrocistografia retrograda.

La formación de quistes parametales en la uretra se describió por primera vez en dos pacientes masculinos, en 1956, por Thompson y Lantin. Los quistes parauretrales representan menos de 0.5% de las malformaciones congénitas de las vías urinarias en los recién nacidos. Está reportada una incidencia de 1:2000 a 1:7000 nacimientos femeninos.<sup>1</sup> La edad de presentación es de los 25 a los 34 años con una media de 29 años.<sup>2</sup>

Se localizan en la pared anterior de la vagina y en la cara ventral del pene, siempre en un sitio posterior al meato uretral. En la recién nacida, el quiste parauretral se origina por la retención de secreciones en la glándula de Skene debido a la obstrucción de sus conductos; la mayoría de estos quistes disminuyen de tamaño durante las primeras cuatro a ocho semanas. También se forman a partir de restos embrionarios persistentes de los conductos mesonéfricos (conductos de Wolf), llamados quistes de Gartner y de la oclusión de los conductos paramesonéfricos no fusionados (müllerianos), que cuentan con epitelio columnar bajo o cúbico no secretor de moco. Otra posibilidad es por obs-

trucción de las glándulas parauretrales en la uretra, que casi todas drenan por el tercio distal de la misma y en la zona posterolateral.<sup>3</sup>

Según los criterios de Das,<sup>2</sup> los quistes parauretrales se clasifican en:

1. De inclusión epitelial
2. Mülleriano
3. De Gartner
4. De Skene

En este caso, la paciente tenía un tumor parauretral con sensación de cuerpo extraño y aumento en la frecuencia urinaria. Este tipo de casos se asocian en 50% con infecciones urinarias, hematuria, disuria, dispareunia y síntomas urinarios de tipo obstructivo. El diagnóstico diferencial es de suma importancia para tomar decisiones terapéuticas.<sup>4-6</sup>

Las ubicaciones son:

Quiste Mülleriano (paramesonéfricos)	Pared vaginal anterior
Quiste de Gartner (mesonéfricos)	Pared vaginal anterior
Quiste de Skene	Piso de la uretra porción distal
Quiste de inclusión	Pared vaginal anterior (antecedente de Cirugía)
Quiste de Bartholin	Pared lateral del introito
Quiste del canal de Nuck (hidrocele)	Porción superior de los labios mayores
Carúncula uretral	Meato uretral
Divertículo uretral	Pared posterior y lateral de la uretra
Uretrocele/Cistocele/ Rectocele	Pared anterior y posterior de la vagina
Ureterocele ectópico	Periuretral
Leiomiomas	Pared anterior de la vagina o pared post de la uretra

\* Médico ginecoobstetra residente de la subespecialidad de Uroginecología.

\*\* Médico ginecoobstetra y uroginecóloga. Coordinadora de la Clínica de Uroginecología y Disfunción del Piso Pélvico.

\*\*\* Médico ginecoobstetra y uroginecólogo adscrito a la Clínica de Uroginecología y Disfunción del Piso Pélvico. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia: Dra. Silvia Rodríguez Colorado. Av. Vialidad de la Barranca s/n, colonia Valle de las Palmas, CP 52763, Huixquilucan, Edo. de México.

Recibido: noviembre, 2008. Aceptado: enero, 2009.

Este artículo debe citarse como: Romero RR, Rodríguez CS, Escobar BL, Gorbea CV. Quiste suburetral. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(3):160-4.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

Adenosis	Fórnix vaginal
Endometriosis	Fórnix vaginal
Tumores malignos uretrales y parauretrales	

El diagnóstico se confirma por la demostración histopatológica en la pared del quiste:

- Epitelio transicional Skene (urotelial)
- Epitelio escamoso estratificado Mülleriano (paramesonéfrico)
- Epitelio cúbico o columnar bajo Gartner (mesonéfricos)

El tumor suburetral se comunica con la uretra, la vejiga o la vagina y es necesaria una uretroscopia o uretrocistografía para descartarlo antes de la extirpación. Otros estudios (ultrasonido, resonancia magnética, urografía excretora) ayudan a diferenciar entre un quiste uretral, parauretral o de pared vaginal anterior, distinción complicada por su cercanía anatómica.<sup>7-8</sup> El diagnóstico diferencial de un quiste suburetral se debe realizar con un grupo amplio de tumores antes de determinar el tratamiento.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años, tercer embarazo (dos por cesárea) de 28.4 semanas. Antecedentes: unión libre, empleada, sin tabaquismo; asmática tratada con salbutamol desde la infancia; fecha de la última menstruación: 12/02/07; ciclos menstruales cada 28 días con siete días de duración. Se ha embarazado cuatro veces y ha tenido dos partos, ambos por cesárea (niega macrosomías, distocias). Sin alergias o transfusiones, ni antecedentes familiares de relevancia.

En enero de 2004, durante la exploración, se le encontró un quiste suburetral de 2 x 2 cm. La cistoscopia y la urodinamia resultaron normales. El ultrasonido transvaginal mostró dos imágenes anecoicas suburetrales de 0.6 x 0.6 cm y de 0.4 x 0.5 cm. Se optó por la observación. En marzo de 2007, se percibió el crecimiento del tumor, sensación de cuerpo extraño, pérdida involuntaria de orina por esfuerzos grandes una vez al día, a pesar de traer protector, y dispareunia. Nictémico 10 x 2. Ingestión de dos L de líquidos por día.

El IMC fue de 29.3; la cabeza, el cuello, el corazón y los pulmones normales. Abdomen blando, no doloroso, sin

hepatoesplenomegalia. El examen pélvico en posición de litotomía reveló reflejos perineales normales bilaterales. Sin prolapso de órganos pélvicos. Gossling 2. Insuficiencia perineal II. Quiste suburetral de 4 x 2 cm, en el tercio distal de la uretra, móvil, no doloroso de consistencia blanda, no adherida a los planos profundos (figura 1). No se obtuvo secreción al presionarlo. Prueba de tos negativa.



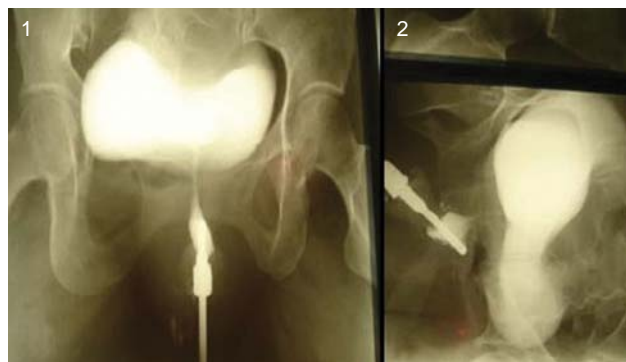
**Figura 1.** Quiste suburetral de 2.1 x 1.4 x 2.1 cm

En la uretroscopia la uretra se apreció normal, se exprimió sin observar secreciones. La urodinamia también fue normal (la perfilometría reportó PCUM: 55 cmH<sub>2</sub>O, con longitud uretral total de 3.4 cm y longitud funcional de 3.1 cm). Se encontró una formación quística suburetral en el ultrasonido transvaginal de 2.1 x 1.4 x 2.1 cm de bordes regulares y bien delimitados (figura 2).



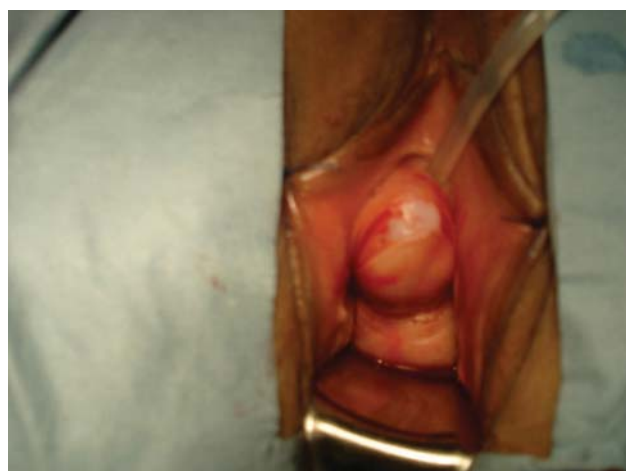
**Figura 2.** Ultrasonido transvaginal que puso de manifiesto la formación quística suburetral.

La uretrocistografía retrógrada reportó que la vejiga tenía características normales y la uretra íntegra en todo su trayecto (figura 3).



**Figura 3.** Cistouretrografía retrógrada. 1. Proyección anteroposterior. 2. Proyección lateral.

Se indicó resección del quiste suburetral previo consentimiento informado. El procedimiento se efectuó con anestesia regional (BPD), posición de litotomía, separación de labios mayores con seda. Se colocó un catéter uretral con sonda de Foley de 18 Fr y una valva inferior de Sims. Se realizó una incisión sobre el quiste en forma de U invertida (Figura 4).



**Figura 4.** Incisión sobre el quiste suburetral.

Se disecó el quiste en su totalidad con tijera de Metzenbaum y se aspiró su contenido. La pared quística se pinzó y cortó. El pedículo se ligó con vycril 4-0 y puntos en 8. Se encontró una lesión en la posición distal de la uretra.

Se reparó la uretra distal con vycril 4-0 con puntos simples en dos planos. Se suturó la fascia pubovesical

con vycril 3-0 surgete simple. Se suturó el epitelio vaginal con vycril 2-0 y puntos simples. El hallazgo fue un quiste suburetral de 5 x 3 cm; se extrajo de su interior material citrino en cantidad de 5 mL.

El informe de patología reportó pared de 3 x 2.2 cm con espesor de 0.3 cm, grisácea e irregular, de consistencia blanda. Microscópicamente se identificó epitelio transicional y focos de metaplasia escamosa e inflamación crónica focal. Fue egresada con sonda transuretral y antibiótico a dosis profiláctica (nitrofurantoína 100 mg diarios). Se retiró la sonda Foley a los 18 días. Se observó micción espontánea sin problemas de 350 mL con razón de momios de 0 mL. A los seis meses de seguimiento cursó asintomática.

## DISCUSIÓN

El origen de los tumores suburetrales es incierto, porque es difícil diferenciar entre los quistes uretrales y de pared vaginal anterior por su cercanía.<sup>7-8</sup> Los síntomas que tuvo la paciente fueron de un cuerpo extraño, dispareunia, frecuencia e incontinencia urinaria de esfuerzo.

En un estudio realizado en el Hospital General de México con 19 casos de quistes parauretrales, el 100% reportó sensación de cuerpo extraño, irritación de las vías urinarias bajas (78%), dispareunia (26%) y dificultad para orinar (15%).

En este caso, la paciente no reportó infección de vías urinarias ni dificultad para orinar, pero sí incontinencia urinaria de esfuerzo por lo que fue obligatorio estudiarla y descartar una incontinencia urinaria de esfuerzo pura, ya que cursó con embarazos y partos como factores de riesgo.<sup>9</sup> Lo más significativo durante la exploración física fue un tumor en la pared anterior de la vagina y posterior al meato uretral.

El diagnóstico diferencial es importante antes de proceder al tratamiento, nos apoyamos en este caso con ultrasonido, urodinamia, uretrocistoscopia y uretrocistografía retrógrada. La urodinamia descartó incontinencia urinaria de esfuerzo.

La uretrocistoscopia y uretrocistografía retrógrada (sensibilidad de 100%) descartaron la comunicación con: la uretra, la vejiga o la vagina, que confirmó el diagnóstico de quiste suburetral. El tratamiento puede ser conservador en los recién nacidos; sin embargo, puede indicarse la escisión quirúrgica en caso de no obtener respuesta. En

adolescentes y adultos el tratamiento es la operación de los quistes; sin embargo, algunos autores han sugerido que si cursan asintomáticos, no se requiere tratamiento.

Las indicaciones para el tratamiento son: obstrucción uretral o vaginal, dispareunia o dolor.<sup>10</sup> Para esta paciente, el primer tratamiento fue conservador, cuando el tumor era pequeño y, más importante, asintomático; posteriormente, al aumentar de tamaño y referir dispareunia, sensación de cuerpo extraño, irritación del tracto urinario inferior e incontinencia urinaria de esfuerzo se decidió extirparlo.

El tratamiento quirúrgico, por lo regular, se realiza sin dificultad a través de la pared vaginal anterior; sin embargo, se debe evitar lesionar la uretra, por ello, a esta paciente se le colocó una férula con una sonda de Foley. Cuando hay lesión uretral, reportada en 10% de los casos, es necesario un drenaje transuretral de 2-3 semanas.<sup>2</sup> En este caso, a pesar de la disección, hubo una lesión de uretra tratada con antibiótico (nitrofurantoína) y sonda transuretral (por 18 días). Seis meses después seguía asintomática. Según el reporte histopatológico, el quiste suburetral reportó un epitelio de transición, lo cual indica que era un quiste de Skene.

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico de quiste suburetral requiere historia clínica y exploración física completa, además de uretrocistografía retrógrada, uretrocistoscopia o urodinamia. Con la certeza de un quiste suburetral sintomático, la cirugía es el tratamiento de elección. Sin embargo, la lesión uretral

es un riesgo frecuente, y si se advierte durante la cirugía debe ser reparada inmediatamente. Hasta el momento no se ha reportado ninguna fístula uretro-vaginal como complicación después de su reparación. La paciente, en este caso, estaba asintomática a seis meses del tratamiento, sin complicaciones posquirúrgicas.

---

## REFERENCIAS

1. Reyes GM, Reyna PR, Sánchez OJ, García MS. Quistes parauretrales. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol* 2000;60(2):87-91.
2. Soria GR, González A, Jaspersen J. Quistes parauretrales. Reporte de 19 casos y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol* 2005;65(1):60-65.
3. Kimbrough H, Vaughan D. Skene's duct cyst in a newborn: case report and review of the literature. *J Urol* 1997;117:387.
4. MacLennan G. Unusual female suburethral mass lesion. *Am J Urol* 2005;174:1106.
5. Satani H, Yoshimura N, Hgashyashi N, Arima K, Yanagawa M, Kawamura. A case of female paraurethral cyst diagnosed as epithelial inclusion cyst. *Hinyokika Kiyo* 2000;46(3):205-7.
6. Schulunt K, Raz S. Benign cystic lesions of vagina: a literature review. *J Urol* 2003;170:717-22.
7. Chapple C, Patel A. Female urethral diverticula. *Curr Opin Urol* 2006;16:248-54.
8. Cross JJ, Fynes M, Berman L, Perera D. Prevalence of cystic paraurethral structures in asymptomatic women at endovaginal and perineal sonography. *Clin Radiol* 2001;56(7):575-8.
9. Solano S, Velásquez MP, Kunhardt J. Cambios funcionales en la uretra secundarios al parto vs cesárea. Demostración con perfilometría dinámica. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:193-8.
10. Ceylan H, Ozokutan BH, Karakom M, Buyukbese S. Paraurethral cyst: is conservative management always appropriate? *Eur J Pediatr Surg* 2002;12(3):212-4.