



Cartas al Director

“Manejo conservador de Quiste parauretral de Skene neonatal”

“Conservative management to treat the paraurethral Skene’s duct cyst in a newborn”

Sr. Director:

El quiste parauretral o del conducto de Skene⁽¹⁾ es una rara anomalía congénita descrita en neonatos de sexo femenino. Su frecuencia varía según los estudios publicados entre 1 de cada 2000 a 1 de cada 7000 recién nacidos vivos femeninos, si bien podría ser aun más elevada debido a la falta de diagnóstico por tratarse de una lesión benigna que tiende a la resolución espontánea en pocas semanas⁽²⁻⁵⁾.

Las glándulas de Skene son las más grandes de las glándulas periuretrales femeninas, el equivalente a la próstata masculina. Estas glándulas drenan mediante conductos que desembocan en el tercio distal de la uretra o en el introito. Su función es lubricar el introito mediante su secreción mucóide durante la estimulación sexual⁽⁶⁾. En ocasiones, la obstrucción de sus conductos intraútero puede producir una tumoración quística benigna interlabial de color amarillenta o blanca nacarada visible ya en la primera exploración del recién nacido de sexo femenino⁽⁶⁾.

Presentamos la evolución de una niña recién nacida de 39+5 semanas de edad gestacional sin antecedentes de interés y ecografías normales durante la gestación. Parto eutócico de presentación cefálica transcurrido sin incidencias.

En la primera exploración detallada realizada a las 14 horas de vida se aprecia una tumoración interlabial ovoídea de color blanco-nacarado de aproximadamente 1,5 cm de diámetro (**figura 1a**). Se realiza ecografía abdomino-pélvica que muestra la tumoración quística previamente descrita sin otras alteraciones urogenitales asociadas.

Tras comprobarse micción espontánea adecuada a pesar de cierta lateralización del meato uretral y existencia de introito vaginal bajo la tumoración (**figura 1b**) se

decide actitud expectante informando a los padres de la naturaleza y evolución previsible de la lesión y se programan revisiones durante los primeros meses de vida.

En la revisión de los 2 meses de vida se objetiva resolución espontánea del quiste producida a las 72 horas del alta hospitalaria (**figura 1c**) sin recidivas ni complicaciones infecciosas a los 6 meses de vida.

En el diagnóstico diferencial del quiste del conducto de Skene se deben incluir patologías tales como la imperforación de himen e hidrometrocolpos, el ureteroceles ectópico, el quiste de Gartner y el sarcoma botrioides. No debemos olvidar que el quiste del conducto de Skene puede ir raramente asociado a alguna de estas otras patologías⁽⁷⁾.

Figura 1a: 14 horas de vida. Tumoración quística ovoídea nacarada interlabial correspondiente a quiste del conducto de Skene .



Figura 1b: Existencia de introito vaginal visible bajo el quiste.



Figura 1c: 2 meses de vida. Resolución espontánea del quiste sin presentar complicaciones.



En cuanto al tratamiento, está descrita la resolución espontánea sin complicaciones en la mayoría de las ocasiones durante las primeras semanas o meses de vida. En aquellos en los que se decide intervención terapéutica activa, generalmente por aumento excesivo de la masa o por persistencia de la misma más allá de los 6 meses de vida, se han realizado terapias que van desde la punción-aspiración con aguja hasta la extirpación parcial o total del quiste, pasando por la marsupialización y drenaje del mismo^(1,6-8).

Como conclusión cabe destacar la necesidad de conocer la presentación clínica de esta entidad, debido a que su diagnóstico se puede realizar tras una simple exploración del área genital del neonato de sexo femenino, lo cual evita la realización de pruebas diagnósticas innecesarias. En esta exploración es preciso detec-

tar la salida del meato urinario y la existencia de introito vaginal bajo la tumoración. Por último, debido a la tendencia a la resolución espontánea sin complicaciones, parece prudente recomendar la actitud expectante al menos durante los primeros 6 meses de vida.

Bibliografía

1. Skene AJC. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra. *Am J Obstet.* 1880; 13:265-266.
2. Cohen HJ, Klein MD. Cysts of the vagina in the newborn infant. *Am J Dis Child.* 1957; 94:322-324.
3. Lee NH, Kim SY. Skene's duct cysts in female newborns. *J Pediatr Surg.* 1992; 27:15-17.
4. Merlob P, Bahari C, Liban E, Reisner SH. Cysts of female external genitalia in the newborn infant. *Am J Obstet Gynecol.* 1978; 132(6):607-610.
5. Parente A, Angulo JM, Del Cañizo A, Sánchez O, Romero RM, Vázquez J. Quiste parauretral de Skene en una niña recién nacida. *Actas Urol Esp.* 2006; 30(1):93-94.
6. Durakbasa CU, Okur H. Paraurethral Skene's duct cyst in a newborn. *Indian Pediatr.* 2010; 47(2):182.
7. Canduela V, Mongil I, De Diego EM, Fernández I. Recién nacida con masa quística interlabial. *An Pediatr (Barc).* 2004; 61(3):273-274.
8. Ceylan H. Paraurethral cyst: Is conservative management always appropriate?. *Eur J Pediatr Surg.* 2002;12:212-214.

E. García Soblechero*; **N. Guerrero Moreno***; **P. Díaz-Villalón Moreno***; **P. Coterón Ochoa****

*Sección de Neonatología.

Unidad de Gestión Clínica de Pediatría.
Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).

**Unidad de Gestión Clínica de Urología.
Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).