

Carta al director

M^a José Zamora-López
Patricia Álvarez-García
Jesús Martínez-López
Marta García-Campello

Absceso suburetral en mujer joven

Servicio de Microbiología. Hospital de Pontevedra.

Sr. Editor: mujer de 25 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude a Urgencias por la aparición de un bultoma a nivel vulvar, con intenso dolor a la exploración sin fiebre acompañante. En la exploración se objetiva un quiste suburetral infectado de 0,5 cm. Se envía al Servicio de Microbiología material purulento del quiste obtenido por aspiración, así como un exudado uretral para estudio bacteriológico.

La paciente es dada de alta con el diagnóstico clínico de absceso de la glándula de Skene, siendo remitida a su domicilio, y a la espera de los resultados microbiológicos se inicia tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-ácido clavulánico 2 gramos cada 12 horas durante 10 días.

En la tinción de Gram del pus se observan numerosos polimorfonucleares y bacilos gram variables y pleomórficos (figura 1); en el exudado uretral aparecieron los mismos microorganismos, sin embargo existía menos respuesta inflamatoria.

Tras 48 horas de incubación en los medios de cultivo habituales, se aisló en el medio de Agar Chocolate una colonia puntiforme de aproximadamente 0,4 mm correspondiente a bacilos gram variables en la tinción de gram. Tras observar sensibilidad a vancomicina se realizó un subcultivo en medio de *Gardnerella* (BioMeriëux) que mostró colonias hemolíticas, catalasa negativa, con hidrólisis de Hipurato positiva, sensibilidad a metronidazol 50 µg y resistencia a sulfamida 1 mg, que fue identificada de manera presuntiva, y posteriormente confirmada por MALDI-TOF como *Gardnerella vaginalis*.

Tras 14 días de evolución acude de nuevo a urgencias por persistencia de la clínica, observándose recidiva del quiste, se realiza nuevo drenaje de mismo y se pauta levofloxacino 500mg/24h durante 10 días. En el seguimiento realizado por el Servicio de Urología se valora una exéresis quirúrgica futura del quiste por la cronicidad del mismo.

La existencia de un quiste parauretral cuyo origen suele

ser primario (embrionario) o secundario a agentes externos (traumatismos...) supone un factor de riesgo para la infección de las glándulas de Skene pudiendo manifestarse clínicamente como celulitis o absceso¹⁻³. La clínica habitual suele ser: sensación de cuerpo extraño (100%), clínica irritativa miccional (78%), dispareunia (26%), dificultad miccional (15%) y secreción. La Skenitis en mujeres adultas constituye una patología infrecuente, ya que en la mayoría de ocasiones los pequeños quistes pasan desapercibidos, a no ser que existan complicaciones como una infección u obstrucción, siendo entre 25 y 34 años la edad de presentación más frecuente⁴.

El tratamiento antibiótico y el drenaje completo del absceso suele ser efectivo, sin embargo cuando los quistes adquieren gran tamaño y producen clínica pueden recidivar y la exéresis quirúrgica sería el tratamiento de elección⁵.

Ureaplasma urealyticum y *G. vaginalis* han sido descritas como agentes etiológicos de la Skenitis, sin embargo la bibliografía es limitada^{6,7}.

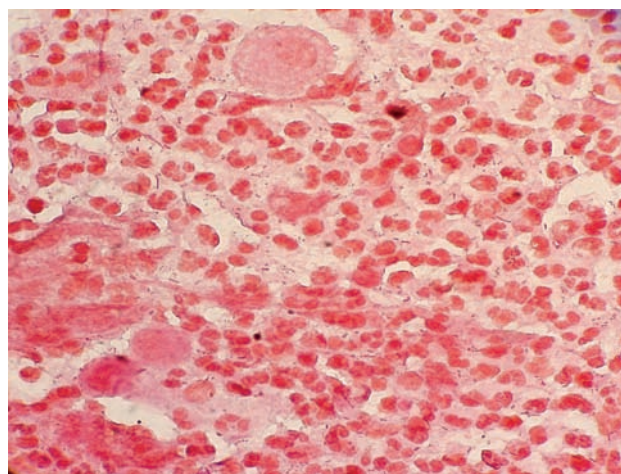


Figura 1

Gardnerella vaginalis y abundantes polimorfonucleares en absceso suburetral.

Correspondencia:
M^a José Zamora-López
Servicio de Microbiología. Hospital de Pontevedra.
C/Benito Corbal 42 5^oB
36001 Pontevedra
E-mail: Maria.Jose.Zamora.Lopez@sergas.es

G. vaginalis suele estar asociada con la vaginosis bacteriana, aunque en la actualidad parece clara su implicación en infecciones relacionadas con el tracto genitourinario^{8,9}. La búsqueda de este microorganismo habitualmente se restringe al diagnóstico de vaginosis bacteriana¹⁰, sin embargo el diagnóstico de Skenitis y la visión microscópica de bacilos gram variables y pleomórficos deben orientar a la inclusión de medios de cultivo específicos para su aislamiento. La identificación presuntiva puede realizarse por las características microscópicas, pruebas bioquímicas y sensibilidad a discos de antibióticos, no obstante, en aislados de muestras extragenitales, sería recomendable una identificación específica mediante galerías como el API Coryne (bioMeriëux) ó la espectrometría de masas (MALDI-TOF)¹¹ como sucedió en el caso descrito, constituyendo una herramienta muy útil por su rapidez y nivel de concordancia.

CONFLICTO DE INTERERES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asper A, Rackley R and Vasavada S. (2002) Contemporary evaluation and management of the female urethral diverticulum. *Urol Clin North Am* 1998; 29: 617-24.
2. Miranda EP, Almeida DC, Ribeiro GP, Parente JM and Scafuri AG. Surgical treatment for recurrent refractory skenitis. *TSW Urology* 2008; 658-60.
3. Soria GR, González A, Jaspersen J. Quistes parauretrales. Reporte de 19 casos y revisión de la literatura. *Rev Mex Uro* 2005; 65:60-5.
4. Reyes GM, Reyna PR, Sánchez OJ, García MS. Quistes parauretrales. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol* 2000; 60: 87-91.
5. Romero Reyes R, Rodríguez Colorado S, Escobar del Barco L, Gorbéa Chávez V. Quiste suburetral. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2009; 77: 160-4.
6. Gellman AC, Dershewitz D. Skene's gland calculi produced by *Ureaplasma urealyticum* infection. *J Urol* 1986; 135: 786-88.
7. Izquierdo C, Rodríguez P, Sabanés ME, Navarro F, and Sánchez F. *Gardnerella Vaginalis* skenitis. *Enferm. Infecc Microbiol Clin* 1996; 14(3), 199-200.
8. Catlin BW. *Gardnerella vaginalis*: characteristics, clinical considerations, and controversies. *Clin Microbiol Rev* 1992; 5: 213-37.
9. Spiegel CA. Bacterial vaginosis. *Cin Microbiol Rev* 1991; 4: 485-502.
10. Busto Martín L, Barguti I, Andraca AZ, Gómez IR, Castañón LB. Cyst of the skene's gland: report of four cases and bibliographic review. *Arch Esp Urol* 2010; 63:238-42.
11. Carbonnelle E, Grohs P, Jacquier H, Day N, Tenza S, Dewailly A, Vissouarn O, Rottman M, Herrmann JL, Podglajen I, Raskine L. Robustness of two MALDI-TOF mass spectrometry systems for bacterial identification. *J Microbiol Methods* 2012; 89:133-6.