

Abcesso das glândulas de Skene: relato de caso

Maria Beatriz Morgado¹

RESUMO

Introdução: Os abscessos das glândulas de Skene são raros e subdiagnosticados. O seu diagnóstico baseia-se na anamnese e no exame objetivo.

Descrição do caso: O presente caso clínico relata o seguimento de uma mulher de 26 anos que recorreu ao centro de saúde por surgimento de uma massa perineal *de novo*, sensação de esforço para iniciar a micção e repleção vesical. À observação apresentava uma massa procidente periuretral com 2cm de diâmetro, localizada na parede vaginal anterior, com envolvimento do meato urinário, afluindo aos grandes lábios. Foi colocada a hipótese de prolapso uro vaginal e pedido estudo ecográfico. Aproximadamente um mês mais tarde, a utente regressa à consulta por dor perineal intensa desencadeada pela introdução da sonda ecográfica endovaginal. Ao exame físico apresentava a mesma massa periuretral – agora com sinais inflamatórios locais francos e saída de exsudado purulento abundante pela uretra. O exame ecográfico efetuado não descrevia quaisquer alterações relevantes. Assumiu-se, como hipótese mais provável, a formação de um abcesso das glândulas de Skene. A utente foi então medicada com azitromicina e cefuroxima, com resolução do quadro.

Comentário: Os abscessos das glândulas de Skene apresentam-se como massas periuretrais, associadas a exsudado purulento, dor uretral e/ou alterações urinárias. A evolução temporal do quadro clínico pode ser crucial para o estabelecimento do diagnóstico. Uma vez estabelecido o diagnóstico preconiza-se a antibioticoterapia empírica, tendo em conta os agentes mais frequentemente implicados (*Escherichia coli*, *Neisseria gonorrhoeae* e agentes da flora vaginal). Deste modo, perante uma massa periuretral dolorosa em utentes do sexo feminino, a lista de diagnósticos diferenciais deverá incluir a hipótese de abcesso das glândulas de Skene, de forma a não perder a oportunidade de tratamento precoce.

Palavras-chave: Períneo; Abcesso; Vulva.

INTRODUÇÃO

Os abscessos das glândulas de Skene são uma condição rara.¹⁻² No entanto, alguns autores defendem que não se tratará somente de uma situação pouco comum, mas também pouco descrita na literatura e subdiagnosticada.³ Adicionalmente, esta é uma condição clínica cujos sinais e sintomas apresentam uma elevada variabilidade e baixa especificidade, dificultando ainda mais a sua identificação.³

O diagnóstico de abcesso das glândulas de Skene tem como pedra basilar uma anamnese completa e subsequente observação clínica, dirigida e cuidada. Em casos de dúvida poderão ser utilizados exames complementares, nomeadamente a ecografia ou a ressonância magnética.⁴

Salvaguarda-se ainda a importância de reavaliar os casos suspeitos regularmente, pois a evolução temporal do quadro clínico poderá, por si só, conduzir ao diagnóstico, possibilitando a intervenção terapêutica atempada e reconstituição da qualidade de vida das utentes.

O presente artigo tem como objetivo descrever o caso de uma massa perineal, com a hipótese diagnóstica inicial de prolapso uro-vaginal, mas cuja reavaliação clínica culminou no diagnóstico de abcesso das glândulas de Skene. Pretende ainda dar a conhecer os sinais e sintomas mais comuns de Skenite e alguns dos esquemas terapêuticos recomendados para esta condição clínica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo feminino, com 26 anos de idade, recorre à consulta de doença aguda no centro de saúde em janeiro de 2021, descrevendo o aparecimento de

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Cova da Piedade, ACeS Almada-Seixal. Almada, Portugal.



uma massa na região perineal desde o dia anterior, associada a dormência local, maior esforço para iniciar a micção e sensação de repleção vesical, agravada com o ortostatismo. Referia ainda um corrimento vaginal esporádico esverdeado, sem odor característico e sem prurido vulvar associado. Negava febre, disúria, poliquiúria e sintomatologia desencadeada ou agravada durante as relações sexuais. Como antecedentes pessoais apurou-se um parto eutócico há quatro anos, sem complicações obstétricas associadas e irregularidades menstruais (desde a colocação de implante contraceptivo subcutâneo em 2018). A última colpocitologia da utente datava de 2016, pelo que não apresentava o rastreio do cancro do colo do útero atualizado à data da consulta. À observação, a utente apresentava-se corada, hidratada e apirética (com uma temperatura corporal de 36,4°C, avaliada na região frontal com termómetro de infravermelhos). A nível perineal apresentava uma massa procidente com aproximadamente 2cm de diâmetro, localizada na parede vaginal anterior, com envolvimento do meato urinário, aflorando aos grandes lábios (visível sem afastamento dos mesmos), arredondada, bem delimitada, de contornos regulares, mole, pouco móvel em relação aos planos infrajacentes ou suprajacentes, ligeiramente dolorosa à palpação, não pulsátil, nem expansível. Apresentava leucorreia inespecífica (transparente, filante e sem odor). O exame com espéculo ginecológico foi dificultado pelas queixas algícas da utente, não tendo sido efetuada a observação com o espéculo dissociado nas suas duas valvas para avaliação de patologia do pavimento pélvico. Apesar das limitações da observação clínica considerou-se a hipótese diagnóstica de prolapso vaginal, com possível protrusão da parede vaginal anterior. Foi recomendada analgesia combinada com paracetamol 1000mg e metamizol 575mg a cada 8h. Para estudo complementar foi solicitada uma ecografia pélvica e com sonda endovaginal. Foram ainda explicados à utente quais os sinais de alarme que justificavam a reavaliação médica antecipada, nomeadamente aumento da intensidade das queixas algícas, alteração das características da dor, agravamento dos sintomas urinários ou aparecimento de novos sintomas acompanhantes.

Passados 27 dias desde a primeira observação, a utente retornou à consulta de doença aguda. Apresen-

tava fácies de dor, dificuldade para a marcha e evitou sentar-se na cadeira do consultório devido a dor perineal. Descreveu que tinha realizado a ecografia endovaginal no dia anterior e que tinha tolerado o exame com muita dificuldade por dor à introdução da sonda endocavitária, que persistiu desde então, sem ceder à analgesia previamente prescrita. A doente apresentava-se corada, hidratada e apirética. À observação mantinha a massa perineal envolvendo o meato urinário que aflorava aos grandes lábios. No entanto, a massa apresentava-se agora eritematosa e muito dolorosa à palpação. Ao realizar palpação da massa constatou-se a saída de exsudado purulento abundante pela uretra. Não foi realizado exame ao espéculo atendendo às queixas algícas da doente. O exame ecográfico endocavitário realizado no dia anterior não descrevia quaisquer alterações de relevo, não sendo confirmada a hipótese de prolapso uro-vaginal. Foi então colocada como hipótese diagnóstica mais provável a formação de um abscesso periuretral, mais concretamente um abscesso das glândulas de Skene, atendendo à localização e características da massa abecedada, drenagem purulenta através do meato urinário e sintomas acompanhantes. A doente foi medicada empiricamente com azitromicina 1g em toma única e cefuroxima 500mg a cada 12h, durante oito dias, procurando a cobertura antibiótica para os agentes mais comumente implicados em infeções sexualmente transmissíveis e agentes *Gram* negativos. Manteve a medicação analgésica, à qual foi adicionado ibuprofeno 600mg em SOS. Foi também recomendado que mantivesse uma higiene íntima diária convencional e privilegiasse a utilização de vestuário confortável, evitando o traumatismo do local afetado. Ficou agendada reavaliação clínica quatro dias mais tarde.

À data da reavaliação, ao quarto dia de antibioterapia, a utente demonstrava boa adesão ao plano terapêutico, encontrando-se substancialmente melhorada das queixas algícas, já tolerando sentar-se. Referia também melhoria das queixas urinárias: já sem sensação de peso no hipogastro e menos esforço para iniciar a micção. Ao exame objetivo verificou-se diminuição significativa das dimensões do abscesso, sem exteriorização de exsudado purulento à sua palpação, apesar de ainda manter edema ligeiro local (Figuras 1, 2 e 3). Foi recomendado completar o esquema antibiótico na sua



Figura 1



Figura 2



Figura 3

totalidade e marcada nova consulta de reavaliação no prazo de uma semana. Na última consulta de reavaliação, a doente mantinha evolução clínica favorável, com resolução sintomática e melhoria clínica.

COMENTÁRIO

As lesões periuretrais ocorrem em cerca de um quarto das mulheres com massas genitais.³ O diagnóstico diferencial de massas localizadas na parede vaginal anterior poderá incluir múltiplas patologias, nomeadamente divertículos uretrais, ureterocelos, prolapsos vaginais, quistos e abscessos.²⁻³

As glândulas de Skene, também designadas glândulas periuretrais, localizam-se adjacientemente aos dois terços distais da uretra, sendo consideradas homólogas às glândulas prostáticas no homem.^{1,3-5} A infeção destas glândulas (também conhecida como Skenite) condiciona edema e consequente obstrução dos ductos para-uretrais, culminando na formação de um quisto ou de um abscesso.³⁻⁴

Os abscessos das glândulas de Skene são raros.¹⁻² O seu diagnóstico é possível através de uma histórica clínica

detalhada e exame objetivo dirigido.^{2,4} Os sinais de apresentação constituem dor uretral, disúria, dispareunia, presença de uma massa perineal, alterações no esvaziamento vesical, infeções do trato urinário de repetição ou exsudado purulento.^{1-2,4,6} Ao exame objetivo identifica-se uma massa adjacente ao meato urinário e a exteriorização de conteúdo purulento através dos meatos glandulares.⁴ Também poderá ocorrer a rutura dos ductos glandulares, fazendo com que o seu conteúdo passe a comunicar com o lúmen uretral.³ Esta situação poderá justificar a exteriorização do conteúdo purulento através do meato urinário.

Atendendo ao facto de esta não ser uma patologia frequente existe pouca evidência acerca do plano terapêutico a adotar nestes casos.² Uma vez que os agentes mais comumente implicados são *Escherichia coli*, *Neisseria gonorrhoeae* e agentes da flora vaginal deverão privilegiar esquemas antibióticos que incluam ceftriaxone, ciprofloxacina ou ofloxacina em toma única, em combinação com azitromicina 1g em toma única ou doxiciclina 100mg, duas vezes por dia, durante sete dias.³⁻⁴ Em casos de recorrência ou ausência de



melhoria com terapêutica médica dever-se-á considerar a drenagem cirúrgica.³

Paralelamente à instituição terapêutica é fundamental alertar as utentes acerca dos sinais de alarme que justificam o retorno aos cuidados de saúde. Neste caso, na primeira observação médica foi explicado à utente que se a dor se agravasse ou mudasse de características, se as alterações urinárias se intensificassem ou surgissem quaisquer outros sintomas acompanhantes, deveria recorrer novamente ao centro de saúde para ser reavaliada. Assim, foi possível reavaliar a doente e identificar alterações ao exame objetivo que se evidenciaram fulcrais na redefinição das hipóteses diagnósticas inicialmente estabelecidas.

Em conclusão, perante um caso de uma massa periuretral dolorosa numa utente do sexo feminino, a lista de diagnósticos diferenciais deverá incluir a hipótese de abscesso das glândulas de Skene, de forma a não perder uma oportunidade de diagnóstico e tratamento precoce, que se pretende conservador nas fases iniciais da doença. No futuro seria importante para a prática clínica estabelecer esquemas terapêuticos de primeira linha para estas situações, nomeadamente a posologia e duração da antibioterapia preconizada e quais os critérios de referência para tratamento cirúrgico neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dagur G, Warren K, Imhof R, Gonka J, Suh Y, Khan SA. Clinical implications of the forgotten Skene's glands: a review of current literature. *Pol Ann Med.* 2016;23(2):182-90.
2. Shah SR, Biggs CY, Rosenblum N, Nitti VW. Surgical management of Skene's gland abscess/infection: a contemporary series. *Int Urogynecol J.* 2012;23(2):159-64.
3. Miranda EP, Almeida DC, Ribeiro GP, Parente JM, Scafuri AG. Surgical treatment for recurrent refractory skenitis. *Scientific World J.* 2008;8: 658-60.
4. Desmarais CM. Skene's gland abscess: detection with transperineal sonography. *J Diagn Med Sonogr.* 2015;31(6):390-3.
5. Gittes RF, Nakamura RM. Female urethral syndrome: a female prostaticitis? *West J Med.* 1996;164(5):435-8.
6. Dwyer PL. Skene's gland revisited: function, dysfunction and the G spot. *Int Urogynecol J.* 2012;23(2):135-7.

CONTRIBUTO DO AUTOR

Responsável pela conceptualização do artigo, aquisição de dados, processo de pesquisa, redação do manuscrito, revisão e edição do trabalho publicado, MBM.

CONSENTIMENTO DO DOENTE

Obtido.

CONFLITO DE INTERESSES

A autora declara não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Beatriz Morgado
E-mail: mbmorgado@campus.ul.pt
<https://orcid.org/0000-0002-0000-1586>

Recebido em 16-03-2021

Aceite para publicação em 10-02-2022



ABSTRACT

SKENE'S GLAND ABSCESS: CASE REPORT

Introduction: Skene's gland abscesses are uncommon and underdiagnosed. The diagnosis is based on the clinical history and physical examination.

Case description: This clinical case reports the follow-up of a 26-year-old woman who came to the primary care unit due to the appearance of a perineal mass, difficulty in initiating urination, and bladder repletion. During observation, a 2cm diameter mass, located in the anterior vaginal wall, involving the urinary meatus, afferent to the *labia majora* was observed. The hypothesis of uro-vaginal prolapse was considered and an ultrasound study was requested. Approximately one month later, the patient returned with intense perineal pain triggered by the introduction of the endovaginal ultrasound probe. On physical examination, she presented the same periurethral mass – now with clear local inflammatory signs and abundant purulent exudate exteriorised through the urethra. The ultrasound examination does not describe any relevant alterations. The most probable hypothesis was the formation of a Skene's gland abscess. The patient was medicated then with azithromycin and cefuroxime, with the resolution of the condition.

Discussion: Skene's gland abscesses present as periurethral masses, associated with purulent urethral exudate, urethral pain, and/or urinary alterations. The symptoms' evolution may be crucial to establish the diagnosis. Once the diagnosis is established, empirical antibiotic therapy is recommended, considering the most frequently implicated agents (*Escherichia coli*, *Neisseria gonorrhoeae*, and agents of the vaginal flora). Therefore, in the presence of a painful periurethral mass in female patients, the list of differential diagnoses should include the hypothesis of Skene's gland abscess, so as not to lose the opportunity for early treatment.

Keywords: Perineum; Abscess; Vulva.
