

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Médico independiente, San José, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad Maria Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail:
revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica

Teléfono: 8668002

Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Manejo de abscesos y quistes de Bartholino

Manangement of Bartholin's duct cyst and gland abscess

¹Dr. Esteban Sanchez Gaitan

Red integrada de prestación de servicio de salud Huetar Atlantica, Limón, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-9137-2069>



RECIBIDO
01/07/2019

CORREGIDO
10/07/2019

ACEPTADO
22/07/2019

RESUMEN

Los quistes de la glándula de Bartholino son problemas comunes en mujeres en edad reproductiva. Los abscesos son tres veces más comunes que los quistes. Estos quistes alcanzan diámetros de 1 a 4 cm, y suelen ser asintomáticos. Los tumores que se originan en las glándulas de Bartholino son muy raros. Los quistes de los conductos y la inflamación son las lesiones más comunes en estas glándulas.

PALABRAS CLAVE: glándulas vestibulares mayores, cirugía general, vagina, vulva.

ABSTRACT

Bartholin's cysts are common problems in women at reproductive age. Abscesses are three times more common than cysts. Most Bartholin's cysts reach a diameter from 1 to 4 cm, and are usually asymptomatic. Tumors originating from the Bartholin's glands are very rare. Duct cysts and inflammation are the more common lesions in these glands.

KEYWORDS: Bartholin's glands , general surgery, vagina, vulva.

¹Médico general graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), San José, Costa Rica.
cod. MED11209
estebansanchezgaitan@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las glándulas de Bartholino son las glándulas vestibulares de mayor tamaño. Miden aproximadamente 1 cm y habitualmente no son palpables salvo que exista enfermedad (1). Los quistes de la glándula de Bartholino son problemas comunes en mujeres en edad

reproductiva. La mayor ocurrencia está entre los 20 y 29 años de edad. Se estima que 2 % de las mujeres presenta algún episodio de quiste o absceso de la glándula de Bartholino durante el transcurso de la vida (2). Los abscesos son tres veces más comunes que los



quistes, con la edad, los quistes son menos frecuentes.

La forma quística generalmente involucra cuadros inflamatorios crónicos, recidivantes y algunos factores predisponentes podrían ser: característica anatómicas de la glándula de tipo congénito, procesos obstructivos de tipo inflamatorio, traumatismo vasculares, etc (3).

Los quistes de las glándulas de Bartholino alcanzan diámetros de 1 a 4 cm. Aunque se ha reportado un caso con un diámetro de 10cm, esto suele ser muy infrecuente.

Se ha visto que las mujeres de raza blanca y de raza negra son más propensas a desarrollar quistes o abscesos de las glándulas de Bartholino en comparación con las mujeres hispanas y que la alta paridad se relaciona con un bajo riesgo para el mismo (4).

La causa de la formación de los quistes está relacionada con la obstrucción distal del conducto de Bartholino, que resulta en una dilatación del mismo y en la formación de un quiste, el cual podría infectarse y generar un absceso de la glándula (5). Entre los diagnósticos diferenciales debe

mos de pensar en: los quistes de inclusión, quistes mucosos del vestíbulo, quistes de Nuck y quistes de las glándulas de Skene.

En este artículo se pretende brindar las herramientas necesarias para una correcta identificación de la patología y un adecuado manejo en la atención primaria, para poder así disminuir las incidencias de complicaciones.

MÉTODO

Para realizar este artículo se consultó en las bases de datos Google Scholar, PubMed, en la sociedad de ginecología y obstetricia de diversos países, utilizando palabras claves como: quiste de Bartholino, absceso de Bartholino, marsupialización, tratamiento de quiste, complicaciones. Dentro de los resultados se eligieron artículos con menos de 5 años de antigüedad, artículos de revistas serias y respaldadas por una sociedad de especialistas. Adicionalmente se revisó protocolos de la la CCSS con respecto a la atención de esta patología a nivel primario.

DEFINICIONES

- Bartholinitis: Inflamación e infección de las glándulas de Bartholino.
- Absceso de la glándula de Bartholino: Acumulación de pus secundario a la infección, que forma una protuberancia en una de las glándulas con resultado muy doloroso (3).
- Quiste de la glándula de Bartholino: Retención de secreciones y crecimiento de la glándula formando una tumoración en la vagina, generalmente asintomático.

EPIDEMIOLOGIA

Se estima que 2-3% de las mujeres tendrán un quiste o absceso de la glándula de Bartolino en su vida, se evidenció que los abscesos son 3 veces más comunes que los quistes. Su incidencia es mayor en mujeres en

la tercera década de la vida y, en mujeres mayores de 40 años se debe descartar patología maligna (6).

ANATOMIA

Las glándulas de Bartolino, también llamadas glándulas vestibulares mayores, están localizadas simétricamente en la fosa navicular a ambos lados del himen. Se dice que son los homólogo femenino de las glándulas bulbouretrales en el hombre (7-8).

Esta glándula está compuesta de varios tipos de epitelios: el cuerpo es acinos mucinosos, el conducto es predominantemente epitelio de transición y el orificio es epitelio escamoso.

Cada glándula de Bartholino tiene un tamaño de aproximadamente 0,5 cm y drena pequeñas gotas de moco en un conducto de 2,5 cm de largo. Cada glándula desemboca en el vestíbulo vaginal mediante un conducto que mide de 2 a 4 cm, estos conductos se abren en el vestíbulo vulvar en las posiciones de las cuatro y las ocho en punto a cada lado del orificio vaginal, justo debajo del anillo himenal. Por lo general las glándulas de Bartholino presentan por lo regular una coloración grisasea amarillenta, la consistencia varía (9).

La función de estas glándulas es producir un moco claro y transparente para lubricar el introito.

La obstrucción del conducto hace que la glándula se agrande con moco, lo que produce un quiste.

FISIOPATOLOGIA

Las glándulas de Bartholino son dos glándulas secretoras, en condiciones

normales estas glándulas son de unos 5mm de diámetro y no palpables. Permiten la lubricación de la vulva durante el coito. En mujeres en edad reproductiva, al producirse una obstrucción al vaciamiento de estas glándulas, se pueden formar quistes que por lo general son de 1 a 4 cm e indoloros. Si el orificio del conducto de la glándula de Bartholino se obstruye, lleva a la dilatación quística del conducto proximal y a la obstrucción. La obstrucción es a menudo causada por edema vulvar local o difuso. Los quistes del conducto de Bartholino son por lo general estériles y la glándula no se ve afectada (10).

Se debe reconocer 3 factores importantes:

1. Congénito, esto por características anatómicas de la glándula
2. Procesos obstructivos debido a infecciones o inflamación
3. Es importante saber los antecedentes quirúrgicos por ejemplo: vestibulectomía, vulvectomy, colpoplastias, traumas vulvares.

ETIOLOGIA

Cuando se trata del absceso de glándula de Bartholino, debemos de sospechar de una infección mixta, causada generalmente por bacterias anaeróbicas y aeróbicas. *Escherichia coli* es la bacteria aeróbica más común y las especies *Bacteroides* son los patógenos anaeróbicos más comunes.

Debe considerarse la posibilidad de gonorrea y clamidia.

Los gérmenes más habituales encontrados en el exudado y cultivo son

aquellos que pueden encontrarse en la piel del periné y en los márgenes del introito y vagina, como: bacterias anaerobias *Bacteroides* y *Peptoestreptococcus* y otras bacterias aerobios gram positivo como: *Stafilococo*, *Streptococcus*, *Enterocos fecalis* son los tres más frecuentes. Los gérmenes aerobios gram positivos más prevalentes fueron: *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella*

Cuando existe un diagnóstico de Bartholinitis se debe de realizar un estudio de Infecciones de Transmisión Sexual y descartar la presencia de Chlamydia Trachomatis y Neisseria Gonorrea mediante cultivo y tomas endocervicales y vaginales (6).

En el caso del quiste en el conducto de Bartholino se desarrolla como secuela de una infección., también puede resultar de un trauma o del daño del conducto después de una episiotomía.

El quiste de Bartholino a menudo es un hallazgo accidental, el quiste también puede infectarse y formar un absceso secundario.

CUADRO CLÍNICO

El diagnóstico es clínico, por la visualización y palpación de una masa en la parte posterior del vestíbulo. Si el quiste es pequeño y no está inflamado puede ser asintomático.

En caso de infección aparece el absceso, que se manifiesta por signos de inflamación local más o menos extensa, masa indurada o fluctuante, dolor que puede dificultar las relaciones sexuales, sentarse o incluso deambular. Puede haber fiebre y malestar general.

La aparición de una mejoría brusca del dolor con un aumento del flujo vaginal puede ser indicativa de una rotura espontánea del absceso (11).

Según estudios se ha visto que aunque la mayoría de las pacientes son asintomáticas o presentan una leve dispareunia, la estimulación sexual repetida está asociada con lesiones dolorosas de crecimiento rápido (7).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico, es de gran importancia realizar una correcta y detallada historia clínica junto al examen físico enfatizando en el parea pélvica, en donde se evidenciará una tumoración vulvar usualmente a nivel de la horquilla, la paciente referirá dolor al caminar o al sentarse, calor local, dispareunia, en caso de leucorrea se debe de pensar en una posible infección de trasmisión sexual.

Es importante realizar un frotis y cultivos de las secreciones y absceso para identificar los agentes causales y tratarlos directamente, también se recomienda realizar biopsia, esto con el fin de verificar si hay células cancerosas, sobre todo si la mujer se encuentra en período posmenopáusico o de que tengas más de 40 años (12).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Dentro de los diagnósticos diferenciales se debe de pensar en:

- Quiste epidermoide de inclusión
- Quiste de Skene
- Hidroadenoma
- Lipoma

- El cáncer de la glándula de Bartolino representa sólo 15% de los cánceres vulvares (11)

TRATAMIENTO

Tratamiento Médico

Cuando se inicia el proceso infeccioso se debe usar, de primera elección, antibióticos de amplio espectro, además de antiinflamatorios (diclofenaco), analgésicos (paracetamol o ácido acetil salicílico) seguido de drenaje o marsupialización quirúrgica de la lesión cuando se presenta la forma de absceso.(13)

Para el tratamiento anti-inflamatorio es recomendable además:

- Baños de asiento
- Compresas calientes
- Analgésicos
- Antibióticos

En caso de identificar gonococo se puede elegir el tratamiento con:

- Ceftriaxona
- Ciprofloxacino
- Azitromicina
- Doxiciclina

En casos de infecciones bacterianas, se debe informar a las parejas sexuales y tratarlas de modo que esta enfermedad no siga propagándose.

Tratamiento quirúrgico – conservador

Se realiza bajo anestesia local, el procedimiento dura aproximadamente 20 minutos. En el caso de absceso de la glándula de bartolina de primera vez sintomática y que a pesar de tratarlo de manera médica, no responde al tratamiento médico exclusivo o que no drena espontáneamente, entonces se puede brindar tratamiento quirúrgico conservador el cual sería el drenaje del

absceso. En este caso después del drenaje se debe indicar antibioticoterapia.

El tratamiento quirúrgico del quiste de la glándula de Bartholino es similar al tratamiento del absceso de Bartholino y depende de los síntomas de la paciente. Un quiste asintomático podría no requerir tratamiento; sin embargo, la no mejoría dentro de las primeras 72 horas o la evolución hacia una forma de absceso requerirán un tratamiento quirúrgico de emergencia. Con esto se entiende que todos los quistes asociados a dolor, abscesos recurrentes u obstrucción del introito requieren atención quirúrgica.

Se ha descrito una serie de procedimientos quirúrgicos tales como la marsupialización, la colocación de un catéter de Word, la escleroterapia con alcohol, incisión simple, drenaje, etc, sin embargo el tratamiento preferido es la marsupialización. La incisión y el drenaje están indicados para el absceso de Bartholino, con un tratamiento definitivo postergado hasta un período de quiescencia (7). Es tratamiento debe ser realizado por un especialista, por lo tanto recomendamos su referencia a un segundo nivel (3).

- Drenaje simple

Se realiza cuando se trata de un absceso de primera vez, en este caso se sugiere el tratamiento médico conservador y un drenaje simple, este drenaje se puede realizar con bisturí o con punción.

Esta técnica puede brindar mejoría clínica temporalmente, tiene probabilidad de que vuelva a aparecer.

- Aspiración con aguja

También conocido como el drenaje incisión, no es el tratamiento de primera

elección, esta técnica presenta tasas altas de recidiva.

- La marsupialización

es el método adecuado como tratamiento para quistes y abscesos de las glándulas de Bartholino, es sencillo, rápido, poco doloroso. Se recomienda esta técnica en pacientes con abscesos de glándula de Bartholino recidivante. Sin embargo se ha evidenciado que la recurrencia es del 5 al 15% (14).

Tratamiento quirúrgico radical

Este tratamiento consiste en la escisión glandular, este tratamiento se realiza cuando la formación quística ha sustituido a la glándula de Bartholino, su recurrencia es baja.

SEGUIMIENTO

La complicación más importante es la recurrencia cuya tasa no supera el 20%, en este caso se debe plantear una extirpación total de la glándula. Una complicación podría ser la fascitis necrotizante, puede originarse por diseminación bacteriana a partir de un absceso de glándula, infección vaginal no tratada. Otras complicaciones son aquellas asociadas a la cirugía y rara

vez la diseminación de la infección. Una vez resuelta la herida quirúrgica se puede dar de alta con tratamiento antimicrobiano por 7 a 10 días.(15)

CONCLUSION

Esta patología es de suma importancia porque se trata de una de las patologías más consultadas en la atención primaria, estos problemas son más comunes en mujeres en edad reproductiva, es indispensable realizar una historia clínica detallada y un correcto examen físico, principalmente pélvico, además se aconseja tomar frotis con cultivo y biopsia, los hallazgos microbiológicos junto con sus correlatos clínicos son parámetros importantes en el tratamiento de pacientes con un absceso de la glándula de Bartholino y en la selección del tratamiento antimicrobiano empírico durante el diagnóstico primario.

En cuanto a su diagnóstico diferencial, existe poca información sobre la lesión sólida benigna de la glándula de Bartholino, la hiperplasia nodular y el adenoma en la literatura de patología y ginecología, por lo cual un examen de biopsia podría ayudar en la búsqueda de un diagnóstico temprano y tratamiento eficaz.

REFERENCIAS

1. Marta Lois Rodríguez, Arturo Louro González. Quistes y abscesos de las glándulas de Bartolino [Internet], España, fisterra.[Consultado 3 Jul 2019]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/patologia-glandulas-bartolino/>
2. García Odio Amado, Rives González Yanisel, Álvarez Bolívar Daymeris. Quiste grande de la glándula de Bartholin izquierda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Nov 19]; 56(1): 68-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000100008&lng=es.

3. Henandez, J., & Valdes, M. (2010). *Centro Nacional de Excelencia Tecnologica en Salud*. Retrieved Febrero 05, 2016, from http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/581_GPC_QuisteyabscesoglanduladeBartholin/581GER.pdf
4. Patil S, Sultan AH, Thakar R. Bartholin's cysts and abscesses. *J Obstet Gynaecol* 2007;27:241-5.
5. González Bosquet E. Enfermedades benignas de la vulva. Infecciones de la vulva. En: González-Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. *Ginecología*. 9ª edición. Elsevier Masson; 2014. p. 234-54. Disponible en: www.elsevier.es/gonzalez-merlo-ginecologia
6. Dönmez M, Özlü T, Yılmaz F, Ayaz E. *Enterobius vermicularis*: Can it be a possible pathogen in Bartholin gland abscess formation?. *J Obstet Gynaecol Res* [serial on the Internet]. 2014[cited 2015 Dec 21];40(1):268-70. doi: 10.1111/jog.12137. PubMed PMID: 24033679. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24033679>
7. P. Andrés Domingo. Alteraciones vulvovaginales (bartolinitis, leucorreas, traumatismos, vaginosis e infecciones de transmisión sexual). *ADOLESCERE*. [Internet] 2019 [consultado 01 marzo 2019]; VII (1): 26-38. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num1-2019/26-38%20Tema%20de%20Revision%20-%20Alteraciones%20vulvovaginales.pdf>
8. Aday E A, Salinas P H, Naranjo D B, Retamales M B. QUISTES VAGINALES. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2006;71(4). <https://doi.org/10.4067/s0717-75262006000400006>
9. Marzano DA, Haefner HK. The Bartholin Gland Cyst: Past, Present, and Future. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2004 07;8(3):195-204. <https://doi.org/10.1097/00128360-200407000-00006>
10. Rivas-Perdomo É. Quiste gigante de la glándula de bartolino: Reporte de caso y Revisión de la literatura A case report and literature review regarding giant Bartholin gland cyst. *Rev Colombiana Obstet Ginecol* [serial on the Internet]. 2010 Oct [citado 22 Dic 2015];61(4):353-8. PubMed PMID: 78948842. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n4/v61n4a10.pdf>
11. Kroese J, van der Velde M, Morssink L, Zafarmand M, Geomini P, van Kesteren P, Radder C, van der Voet L, Roovers J, Graziosi G, van Baal W, van Bavel J, Catshoek R, Klinkert E, Huirne J, Clark T, Mol B, Reesink-Peters N. Word catheter and marsupialisation in women with a cyst or abscess of the Bartholin gland (WoMan-trial): a randomised clinical trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016 09 19;124(2):243-249. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14281>
12. Heenry Luis Dávila-Gómez, Maribel Rodríguez-Matos, Jorge Felipe Montero-León, José Moisés-Águila, Oscar Esquivel-Díaz, Iván Baigorria-Ortega. Adenocarcinoma de la glándula de Bartolino: informe de caso. *Gaceta Mexicana de Oncología*. [Internet] 2015[Consultado 22 Enero 2015]; 9(6). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-adenocarcinoma-glandula-bartolino-informe-caso-X1665920110004387>
13. Francisco Weber. Absceso Glándula De Bartolino. *sintesis*[Internet] 2017[consultado 20 Set 2019], Disponible en: <http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/obstetricia-y-ginecologia/427-3-01-2-002>
14. Akbarzadeh, Jahromi M, Sari Aslani F, Samsami Dehghani A, Mahmoodi E. Bartholin's Gland Bilateral Nodular Hyperplasia: A Case Report Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 19];16(6):e8146. doi:10.5812/ircmj.8146. PMID: PMC4102998. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4102998/>
15. Kessous R, Aricha-Tamir B, Sheizaf B, Shtainer N, Moran-Gilad J, Weintraub AY. Clinical and Microbiological Characteristics of Bartholin Gland Abscesses. *Obstetrics & Gynecology*. 2013 Oct;122(4):794-799. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3182a5f0de>