

1. OBJETIVO Y POBLACION OBJETO:

Dar lineamientos para la atención de las pacientes con diagnóstico de quistes de Bartholino que son atendidas en el servicio de consulta externa de ginecobstetricia.

2. DEFINICIÓN:

Las glándulas de Bartolino son las glándulas vestibulares de mayor tamaño, equivalentes a las glándulas de Cowper en el varón. Comienzan a funcionar en la pubertad proporcionando lubricación a la zona vestibular. Miden aproximadamente 1 cm. y no son palpables excepto si existe enfermedad o infección. Se localizan en la parte posterior del vestíbulo, de forma bilateral en la base de los labios menores y drenan a través de un conducto de 2 a 2,5 cm. de longitud entre el himen y los labios menores en posición 4 y 8 horas (Omole F, 2003; Patil S, 2007).

El 2% de las mujeres sufrirá patología de estas glándulas en algún momento de su vida, siendo la edad más frecuente de aparición entre los 20 y los 29 años, probablemente debido a su involución a partir de los 30 años. Es más frecuente en mujeres de raza blanca y negra que en mujeres hispanas y más frecuente en nulíparas que en múltiparas. En una mujer perimenopáusica debe descartarse siempre un cáncer (Omole F, 2003; Patil S, 2007; Pundir J, 2008).

La patología de las glándulas de Bartolino se produce por obstrucción del conducto de drenaje de la glándula, que lleva a una retención de secreciones y formación de un quiste, que puede infectarse produciendo un absceso. No es necesaria la formación de un quiste del conducto de drenaje para que aparezca un absceso, de hecho los abscesos son 2-3 veces más frecuentes que los quistes (Pundir J, 2008).

Los abscesos de las glándulas de Bartolino son polimicrobianos y pueden ser producidos tanto por gérmenes aerobios como anaerobios (tabla 1). El germen que se aísla con mayor frecuencia es Escherichia coli (Omole F, 2003; Tanaka K, 2005).

Tabla 1, Gérmenes aislados en los absceso de las glándulas de Bartholino:

Gérmenes anaerobios	Gérmenes aerobios
<ul style="list-style-type: none"> • Bacteroides. • Clostridium perfringens. • Peptostreptococos. • Fusobacterium. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escherichia coli. • Neisseria gonorrhoeae. • Estafilococo aureus. • Streptococo faecalis. • Pseudomona aeruginosa. • Chlamydia trachomatis.



3. MANIFESTACIONES CLINICAS:

El diagnóstico es clínico, por la visualización y palpación de una masa en la parte posterior del vestíbulo, que puede estar inflamada, indurada y ser dolorosa a la palpación en el caso de la presencia de un absceso a ese nivel.

Si el quiste es pequeño y no está inflamado la enfermedad puede ser asintomática, pero lo más frecuente es que aparezca una masa que protruye en la parte posterior del introito. Puede infectarse y aparecer un absceso, con inflamación e induración alrededor de la glándula. Puede haber dolor postural y dispareunia. Puede aparecer fiebre, sobre todo en los casos en los que existe infección a nivel de la glándula. La aparición de una mejoría brusca del dolor con un aumento brusco del flujo vaginal puede ser indicativa de una rotura espontánea del absceso (Patil S, 2007).

Analítica sanguínea. No es necesaria ninguna prueba analítica en el caso de quistes o abscesos no complicados. Algunos autores recomiendan el tamizaje de enfermedades de transmisión sexual como la sífilis dada la implicación de algunos gérmenes de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) en la patogenia de la enfermedad (Patil S, 2007).

Cultivo de exudado de la glándula. El cultivo del contenido de la glándula, obtenido mediante masaje del conducto, podría ser útil para el tratamiento en algunos casos, aunque no está indicado hacerlo de forma sistemática. Algunos autores recomiendan la toma de muestras endocervicales para la detección de Chlamydia, dada su implicación en la patogenia de la enfermedad (Bleker OP, 1990; Hoosen AA, 1995; Patil S, 2007).

Biopsia. Debería realizarse en mujeres de alto riesgo y en los casos en los que se sospeche malignidad:

- Mujeres mayores de 40 años.
- No mejoría con los tratamientos habituales.
- Historia previa de malignidad a nivel vulvar.
- Masa crónica y/o no dolorosa en el área vaginal.

Diagnóstico diferencial:

Debe hacerse un diagnóstico diferencial con otras masas vulvares. Las lesiones malignas de las glándulas de Bartolino son extremadamente infrecuentes pero si aparece una masa a ese nivel en una mujer menopáusica es necesario descartar malignidad debido a que estas glándulas involucionan a partir de los 30 años por lo que en mujeres mayores de 40 años existe un aumento del riesgo de malignidad si aparece una masa a nivel vulvar (Omole F, 2003; Patil S, 2007).

Diagnóstico diferencial de la patología de las glándulas de Bartholino

Lesiones quísticas	Lesiones sólidas
<ul style="list-style-type: none"> • Quiste de inclusión epidérmico. • Quiste mucoso vestibular. • Hidradenoma papilliferum. • Quiste del canal de Nuck. • Quiste del conducto de Skene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibroma. • Lipoma. • Leiomioma. • Acrocordón. • Neurofibroma. • Angioqueratoma. • Carcinoma de células escamosas.

4. AYUDAS DIAGNOSTICAS:

Un examen pélvico revela una glándula de Bartolino agrandada y sensible. En mujeres de edad avanzada, puede recomendarse una biopsia para buscar un tumor, aunque esto es muy infrecuente.

Cualquier drenado de líquido o flujo vaginal se enviará a un laboratorio para su análisis.

5. TRATAMIENTO MEDICO:

El tratamiento de la patología de las glándulas de Bartolino puede ser conservador o quirúrgico dependiendo de los síntomas de la paciente. Las lesiones asintomáticas no necesitan tratamiento. El calor local y los analgésicos pueden ser útiles como tratamiento sintomático.

Tratamiento antibiótico

En el caso de la aparición de un absceso el tratamiento de primera elección es el tratamiento conservador con antibióticos de amplio espectro y analgésicos. Los estudios disponibles emplean el siguiente tratamiento (Patil S, 2007):

- Metronidazol 400 mg/12 horas + Penicilina (o Eritromicina) 250 mg cada 6 horas, 7 días (Patil S, 2007).
- En pacientes diagnosticadas de gonorrea se debe añadir (BASHH, 2005; Miller KE, 2006):

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única, ó Cefixima 400 mg VO en dosis única ó Espectinomicina 2 gr IM dosis única ó Ciprofloxacino 500 mg VO dosis única.

En mujeres embarazadas se puede emplear Espectinomicina 2 gr. IM dosis única.

Tratamiento quirúrgico

1. Marsupialización: Tras la preparación de un campo estéril y la administración de anestesia local se realiza una incisión vertical de 1,5 a 3 cm de longitud en el centro del quiste, por fuera del anillo himeneal, produciéndose así el drenaje espontáneo del contenido. Se debe lavar la cavidad con suero salino y deben romperse las bridas que existan. Se evierten las paredes y se suturan a la mucosa vestibular con una sutura reabsorbible (Omole F, 2003; Patil S, 2007).

2. Catéter de Word: El catéter de Word es un catéter de Foley del número 10 con una longitud de 2,5 cm. Tras la preparación de un campo estéril y la administración de anestesia local se fija la pared del quiste con un fórceps pequeño (para evitar que se colapse al realizar la incisión) y se realiza una pequeña incisión en la pared del quiste por fuera del anillo himeneal. Se inserta el catéter de Word en la cavidad y se infla con 3 ml de suero salino. Así el balón del catéter permanece inflado en la cavidad del quiste y otro extremo queda colocado en la vagina. Debe mantenerse durante 4-6 semanas, para permitir la epitelización y la formación de un tracto fistuloso que permita el drenaje de la glándula de nuevo hacia el vestíbulo (Omole F, 2003; Patil S, 2007).

3. Incisión, drenaje y tratamiento antibiótico: La marsupialización ha sido desde hace tiempo el tratamiento de elección para la patología de las glándulas de Bartolino pero existe evidencia de que la incisión y drenaje del absceso, con sutura simple del mismo y cobertura antibiótica con Clindamicina puede ser una mejor alternativa de tratamiento, ya que la recurrencia de las lesiones no es más frecuente que con la marsupialización y la curación se produce una media de cinco días antes con la sutura simple (Patil S, 2007).

4. Nitrato de plata: Tras la limpieza y anestesia local de la zona se realiza una incisión en la pared del quiste o absceso, se drena su contenido y se coloca en el interior de la cavidad una barrita de nitrato de plata de 0,5 x 0,5 cm. de tamaño, sin sutura posterior de la incisión. A las 48 horas se lleva a cabo la extracción del nitrato de plata. Los estudios han demostrado que este método es igual de eficaz que la extirpación, sin recidivas de la enfermedad con ninguno de los dos métodos (Patil S, 2007).

Tras el tratamiento con nitrato de plata puede presentarse sensación de quemazón a nivel vulvar. También existe algún caso de fiebre y de quemadura química a ese nivel.

5. Escleroterapia con alcohol: Es una técnica tan efectiva como la inserción de nitrato de plata con menos complicaciones, menor duración del procedimiento y del tiempo de curación (Patil S, 2007).

6. Extirpación: Puede ser necesaria en los casos en los que existen recidivas o si no hay respuesta a tratamientos conservadores. Tras la extirpación puede aparecer sequedad o dolor crónico en la zona vulvar. Algunos autores recomiendan la extirpación para descartar adenocarcinoma en mujeres mayores de 40 años (Omole F, 2003; Patil S, 2007).

6. MANEJO NUTRICIONAL:

No aplica.

7. MANEJO EMOCIONAL:

No aplica.

8. METAS DE TRATAMIENTO:

La probabilidad de una recuperación total es excelente, pero aproximadamente en el 10% de los casos los abscesos reaparecen.

Es importante tratar cualquier infección vaginal que se diagnostique al mismo tiempo que el absceso.

9. COMPLICACIONES HABITUALES:

Las únicas complicaciones de una bartholinitis aparecen cuando hay una gonorrea. En este caso el paciente puede desarrollar, por ejemplo, esterilidad como consecuencia de una inflamación crónica o problemas de fertilidad.

10. RECOMENDACIONES ADICIONALES:

Consulte con el médico si:

- Nota una protuberancia dolorosa e inflamada en los labios cerca de la abertura vaginal, que no mejora en 2 a 3 días con tratamiento casero.
- El dolor es muy fuerte e interfiere con sus actividades normales.
- Usted tiene uno de estos quistes y presenta fiebre por encima de los 38 °C.

11. REFERENCIAS:

1. Bleker OP, Smalbraak DJ, Scutte MF. Bartholin's abscess: the role of Chlamydia trachomatis. Genitourin Med. 1990 Feb;66(1):24-5 British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. [Internet]; 2005 [acceso 9/12/2008]. Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
2. Hoosen AA, Nteta C, Moodley J, Sturm AW. Sexually transmitted diseases including HIV infection in women with Bartholin's gland abscesses. Genitourin Med.1995 Jun;71(3):155-7 Miller KE. Diagnosis and treatment of Neisseria gonorrhoeae infections. Am Fam Physician. 2006 May 15;73(10):1779-84

FECHA ACT: Septiembre 2013	VERSIÓN: 001	COD: M-CI-G-082	PAG: 1/7
-----------------------------------	---------------------	------------------------	-----------------

3. Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. Am Fam Physician. 2003 Jul 1;68(1):135-40
4. Patil S, Sultan AH, Thakar R. Bartholin's cyst and abscesses. J Obstet Gynaecol. 2007 Apr;27(3):241-5.
5. Pundir J, Auld BJ. A review of the management of diseases of the Bartholin's gland. J Obstet Gynaecol. 2008 ;28(2):161-5.
6. Tanaka K, Mikamo H, Ninomiya M, Tamaya T, Izumi K, Ito K, Yamaoka K, Watanabe K. Microbiology of Bartholin's gland abscesses in Japan. J Clin Microbiol. 2005 Aug;43(8):4258-61.

12. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Septiembre 2013	Creación del documento	Dr. Ivan Oquendo	Grupo ginecoobstetras	Comité Tecnico científico