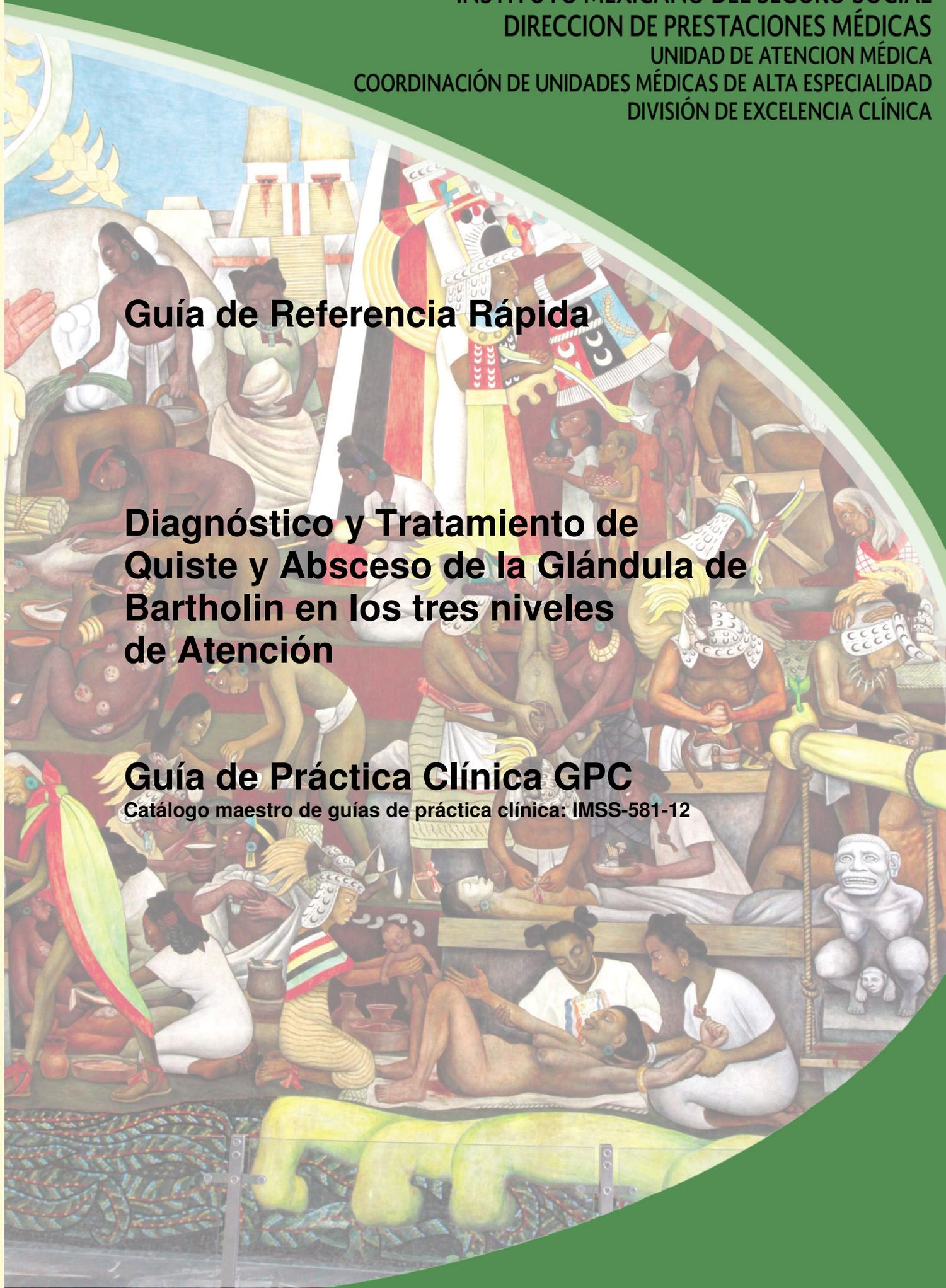


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Quiste y Absceso de la Glándula de Bartholin en los tres niveles de Atención

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-581-12



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: N75 Enfermedades de la Glándula de Bartholin

N75.0 Quiste de la glándula de Bartholin

N75.1 Absceso de la glándula de Bartholin

GPC

Diagnóstico y tratamiento de Quiste y absceso de Glándula de Bartholin en los Tres niveles de Atención.

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Bartholinitis: Es la inflamación e infección de las glándulas vestibulares mayores o de Bartholin (Zarpadiel, 2008, Guía Hospital General de México, 2012)

Absceso glándula de bartholin: Acumulación de pus secundario a la infección, que forma una protuberancia en una de las glándulas resultando ser muy dolorosa. (NHS, 2012, A.D.A.M, 2012)

Quiste de glándula de bartholin: Retención de las secreciones, y crecimiento de la glándula formando una tumoración en la vagina, generalmente asintomático. (Owen, 2005).

ETIOLOGÍA

La mayoría de los gérmenes causales de abscesos de la glándula de Bartholin son por gérmenes que colonizan la región perineal o por gérmenes de transmisión sexual, se reportan los siguientes :

Los gérmenes más prevalentes de aerobios gram positivo fueron: Estafilococo, estreptoco, enterocos fecalis los tres más frecuentes.

los gérmenes aerobios gran positivos más prevalentes fueron: Escherichia coli, proteus, klebsiella.

FISIOPATOLOGÍA

En la fisiopatología de los procesos infecciosos o quísticos benignos de la glándula de bartholin se reconocen los siguientes factores:

- Características anatómicas de la glándula (Congénito)
- Procesos obstructivos del tipo inflamatorio o infeccioso con acumulación
- Antecedentes quirúrgicos (Vestibulectomia, vulvectomia, colpoplastias, punciones repetidas, trauma vulvar)

En las pacientes con enfermedades infecciosas genitales deben ser tratadas con fines de reducir la afectación de la glándula de Bartholin.

DIAGNÓSTICO (Imagen 1 y 2)

La infección de la glándula de bartholin se puede manifestar con alguna/o algunas de las siguientes características :

- Tumoración vulvar generalmente localizada a nivel de la horquilla o como alas 4 del reloj.
- Dolor local que aumenta al caminar o al estar sentado.
- Aumento de la temperatura local
- Dispareunia (dolor en la relación sexual)
- Leucorrea en casos de infecciones de transmisión sexual.

El diagnóstico es clínico, a través de una Historia Clínica y exploración física ginecológica directa de la

tumoración, que generalmente es unilateral y suele acompañarse de aumento de volumen y o dolor a la palpación.

El aumento del tamaño de la glándula, acompañada de nodularidad glandular debe hacernos pensar en la posibilidad de un carcinoma asociado, sobre todo en mujeres mayores de 40 años.

La fascitis necrozante puede originarse por diseminación bacteriana a partir de un absceso de glándula de Bartholin, una infección vaginal, o infecciones del tracto genitourinario en el varón.

En pacientes con absceso de glándula de Bartholin sin diagnóstico y tratamiento oportuno tiene la probabilidad de evolucionar a casos más severos como la fascitis necrozante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentro del diagnóstico diferencial se incluyen:

- Lesiones quísticas y sólidas de la vulva (quistes epidermoides de inclusión, quistes de Skene, hidroadenoma y lipoma)
- Carcinoma de células escamosas, principalmente en la mujer peri o postmenopáusicas.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (Imagen 3)

Las pruebas diagnósticas complementarias en las enfermedades de la Glándula de Bartholin son:

- ✓ Frotis y cultivos específicos
- ✓ Biopsia

Es importante realizar cultivos de secreciones y abscesos para identificar los agentes causales y tratamiento específico, sobre todo en casos de recurrencias o resistencia al tratamiento, y considerar los cambios en la flora bacteriana del tracto genital.

Se recomienda realizar tres tomas de muestra para cultivo para la detección de los patógenos más frecuentes y de preferencia punción y envío del aspirado a laboratorio.

TRATAMIENTO

Glándula de Bartholin es:

1. Médico
2. Quirúrgico:
 - Conservador
 - Radical

En casos de infección de glándula de Bartholin se debe mejorar las condiciones de la paciente con analgésicos, antiinflamatorios e iniciar con el esquema de antibióticos de acuerdo con la causa de origen prevalente.

En casos de quistes de la glándula de Bartholin pequeños y asintomáticos no es necesario dar tratamiento y se hará seguimiento clínico.

Tratamiento Médico (ANEXO 5.3 Cuadro III)

Cuando se identifica 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.

Para el tratamiento anti-inflamatorio es recomendable además:

- Baños de asiento
- Compresas calientes
- Analgésicos
- Antibióticos

Los antibióticos recomendados en infección de la glándula de Bartholin son:

- Penicilina
- Amoxicilina sola o con ácido clavulónico
- Dicloxacilina
- Clindamicina (en pacientes con alergia a penicilina)
- Metronidazol
- Cefalosporinas o quinolonas
- Clindamicina sola o en casos graves o falta de respuesta se aconseja asociarla a gentamicina o a metronidazol
- Ciprofloxacina.

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

Ceftriaxona
Ciprofloxacina
Azitromicina
Doxiciclina.

En casos de infecciones bacterianas, es recomendable informar a las parejas sexuales y tratarlas, con fines de que la enfermedad no persista ni se extienda.

Tratamiento Médico- Quirúrgico-Conservador

Los procedimientos quirúrgicos conservadores pueden realizarse bajo anestesia local, se toman en promedio de 15 -20 minutos, y generalmente su curación tarda alrededor de dos semanas durante las cuales también se pueden observar las complicaciones en caso de presentarlas.

En los casos de absceso de glándula de Bartholin de primera vez sintomática que no responde al tratamiento médico exclusivamente, o que no drena espontáneamente se sugiere tratamiento médico-quirúrgico conservador con drenaje del absceso.

Ante la presencia de absceso de glándula de Bartholin se debe drenar e indicar antibioticoterapia. se recomienda el tratamiento médico farmacológico seguido del drenaje si se encuentra absceso localizado, pudiendo ser realizado a través de las siguientes técnicas:

- Incisión-Drenaje
- Marzupialización
- Fistulización o colocación del catéter
- Aspiración con aguja
- Escleroterapia con alcohol
- Uso de nitrato de plata
- Uso de bióxido de carbono

Drenaje simple

En los abscesos de primera vez, se sugiere tratamiento médico conservador con drenaje del absceso, ya sea con punción o con bisturí.

La incisión sola de la glándula puede mejorar temporalmente el cuadro clínico, en algunos casos se vuelve a obstruir y recidivar, el drenaje-incisión no debe de ser un tratamiento de primera elección debido que presenta una recidiva muy alta.

Aspiración con aguja

Con esta técnica se drena o aspira el contenido de la glándula con aguja.

El drenaje-incisión no debe de ser un tratamiento de primera elección debido que presenta una recidiva muy alta.

Si la paciente está en la peri o posmenopausia, además del drenaje o marzupialización, debe considerarse la

posibilidad de biopsia selectiva de la glándula.

Marzupialización:

Esta técnica se utiliza en los quistes del conducto excretor o en las formas crónicas de bartholinitis, clásicamente no se realiza rutinariamente en cuadros agudos de primera vez, sin embargo algunos autores si lo recomienda.

En pacientes con abscesos de glándula de bartholin recidivante la Marzupialización esta recomendada.

Si la paciente es peri o posmenopáusica, además del drenaje o marzupialización, debe considerarse la posibilidad de biopsia selectiva de la glándula.

Escleroterapia con alcohol en casos de Quiste de glándula de bartholin

Durante la escleroterapia con alcohol, se utiliza una aguja para drenar el quiste posteriormente se llena la cavidad con alcohol líquido al 70%, dejándolo en su interior durante cinco minutos y después de drena.

La tasa de recurrencia fue del 8-10% a los siete meses.

Tratamiento con bióxido de Carbono laser en casos de Quiste de glándula de bartholin

Este procedimiento implica la aplicación de láser con diversos fines, su recurrencia es de un 2% siendo los más utilizados los siguientes:

- Crear una abertura en la glándula para drenar el contenido de la glándula
- Eliminar la glándula

Fistulización con inserción de catéter balón (catéter de Word) en casos de Quiste de glándula de bartholin

Esta técnica puede realizarse con anestesia local o general de acuerdo a cada caso.

La aplicación del catéter balón se realiza posterior a una incisión en el quiste o absceso para drenar su contenido, posteriormente se inserta el catéter con balón sin inflar y ya inserto se inflará el balón.

En estados unidos de Norte América es ampliamente utilizado.

Algunos autores aconsejan como tratamiento quirúrgico de primera elección la fistulización o colocación de catéter de Word en bartholinitis aguda o quistes.

Cuando no se cuente con catéter de Word puede utilizarse sonda de Foley.

Tratamiento Quirúrgico Radical (escisión glandular)

Consiste en efectuar la extracción completa de la glándula y su conducto excretor, pudiendo llevarse a cabo en promedio hasta una hora, su recurrencia es baja (10-3%).

Se realiza cuando la formación quística ha sustituido a la glándula de bartholin.

Sus indicaciones son las mismas que las de marzupialización y en casos de:

- Presencia de quiste localizado
- En sospecha de neoplasia principalmente en las mujeres menopáusicas.

La extirpación de la glándula de Bartholin no afecta en la respuesta sexual.

CRITERIOS DE REFERENCIA

De primer a segundo nivel

Toda paciente con datos de patología de glándula de Bartholin debe ser enviada a valoración y atención por médico Ginecólogo de segundo nivel.

De Segundo a tercer nivel

Deben enviarse a ginecología de tercer nivel de atención las siguientes:

- Pacientes con sospecha de malignidad de glándula de Bartholin o diagnóstico confirmado por

- biopsia de malignidad.
- Pacientes con recidiva postbartholinectomia.

SEGUIMIENTO

Las pacientes con patología de glándula de Bartholin que haya sido tratada medicamente o quirúrgicamente debe ser revalorada durante la primer semana y hasta que se corrobore remisión del cuadro en el segundo nivel de atención.

ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

Lesión	Localización	Características
Lesiones quísticas		
Quiste de Bartholin	Vestíbulo	Es usualmente unilateral, asintomática si permanece pequeño
Quiste de inclusión epidermoide	Usualmente en el labio mayor	Es benigno, móvil, no doloroso, causado por trauma u obstrucción de conductos polibaceos
Quiste mucoso del vestíbulo	Labio menor, vestíbulo, área periclitórida	Suave menos de dos centímetros de diámetro, localización superficial, solitario o múltiple, usualmente asintomático.
Hidroadenoma	Entre el labio mayor y menor	Benigno, crecimiento lento, pequeño de 2 mm a 3 cm, que se deriva de las glándulas apocrinas.
Quiste del canal de Nuck	Labio menor, monte de venus	Suave, puede simular una hernia inguinal
Quiste del conducto de Skene	Adyacente al meato uretral en el vestíbulo	Benigno, asintomático, si es grande puede causar obstrucción uretral y retención urinaria.
Lesiones solidas		
Fibroma	Labio mayor, cuerpo perineal, introito	Firme, asintomático, puede desarrollar pedículo, puede presentar degeneración mixomatosa, potencia para malignizarse.
Lipoma	Labio mayor y clítoris	Benigno crecimiento lento sésil o pediculado
Leiomioma	Labio mayor	Raro, solitario, firme.
Acrocordón	Labio mayor	Benigno, tamaño variable, habitualmente pedunculado puede ser sésil, polipoide en apariencia.
Neurofibroma	Multicentrico	Pequeño, polipoide en apariencia, múltiple; asociado con enfermedad de Recklinhausen's
Angioqueratoma	Multicentrico	Raro, benigno, vascular, variable en tamaño y forma, solo o múltiple; asociado al embarazo, asociado con enfermedad de Fabry's.
Carcinoma de células escamosas	Multicentrico	Relacionado a enfermedad epitelial en mujeres mayores de 40 años y a VPH en mujeres jóvenes.

IMAGEN 1 ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN IZQUIERDA



Fuente: Folashade Omole, M.D., Barbara J. Simmons, M.D., And Yolanda Hacker, M.D. Morehouse School of Medicine, Atlanta, Georgia Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess. American Family Physician. July 1, 2003 / Volume 68, Number 1: 135-140. www.aafp.org/afp

IMAGEN 2 MARZUPIALIZACIÓN

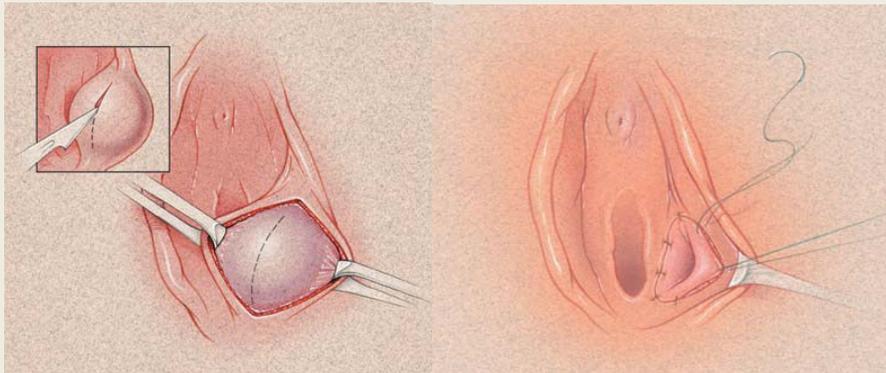
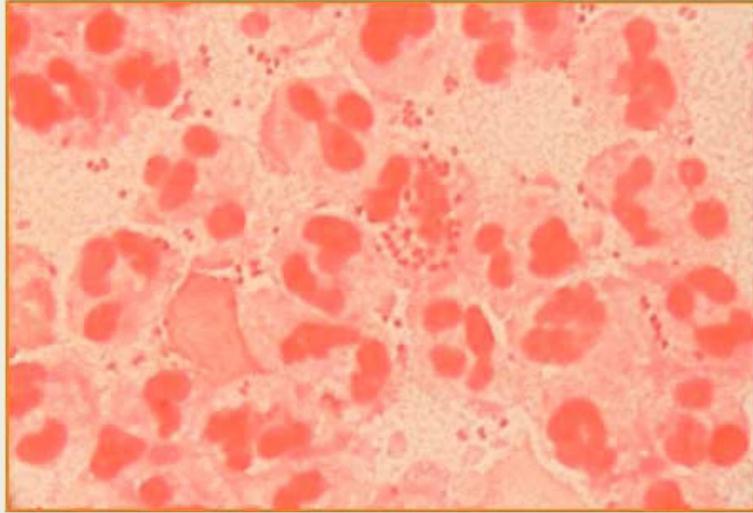
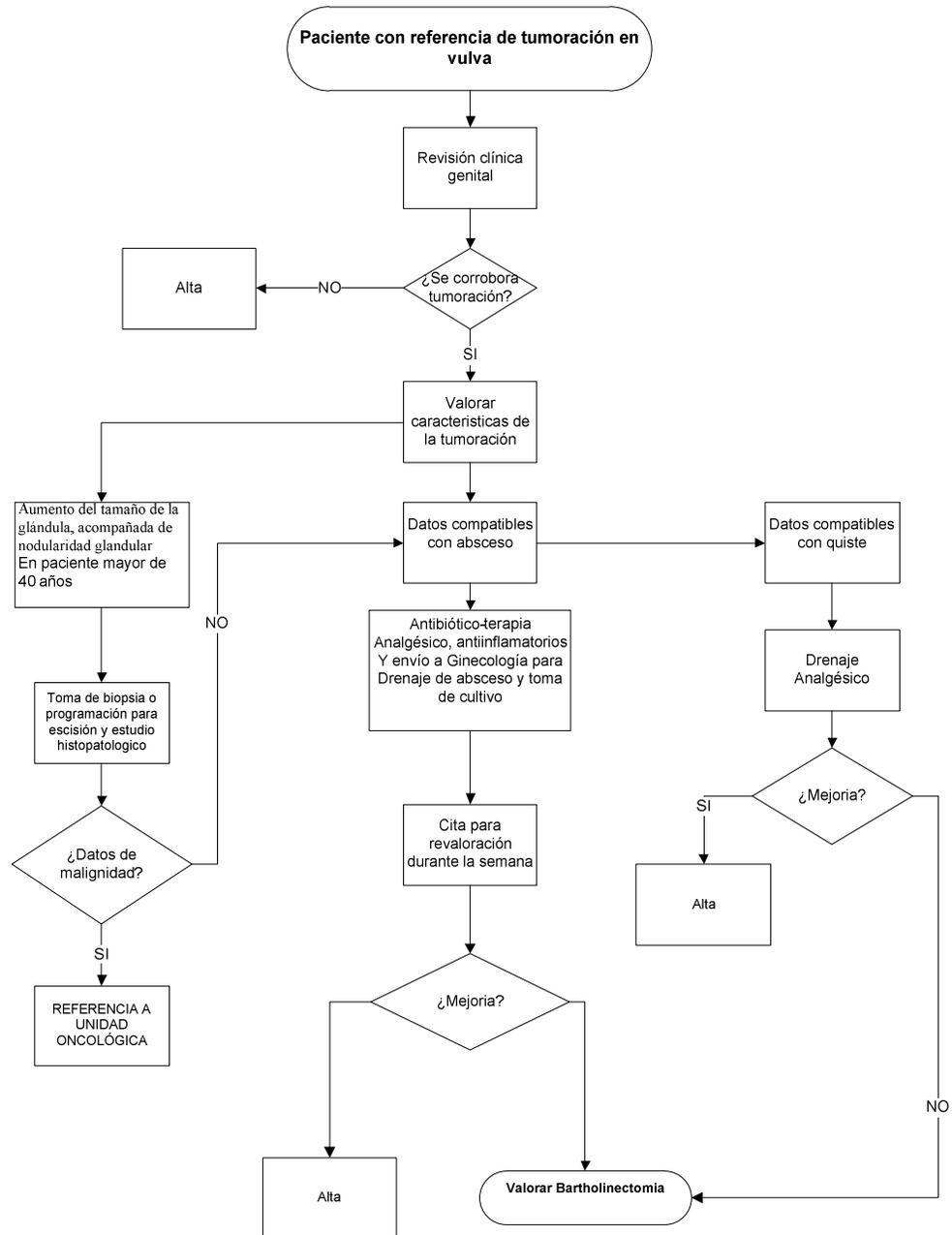


FIGURA 1. TINCIÓN GRAM DE EXUDADO URETRAL DE PACIENTE CON URETRITIS GONOCÓCICA (x 1000)



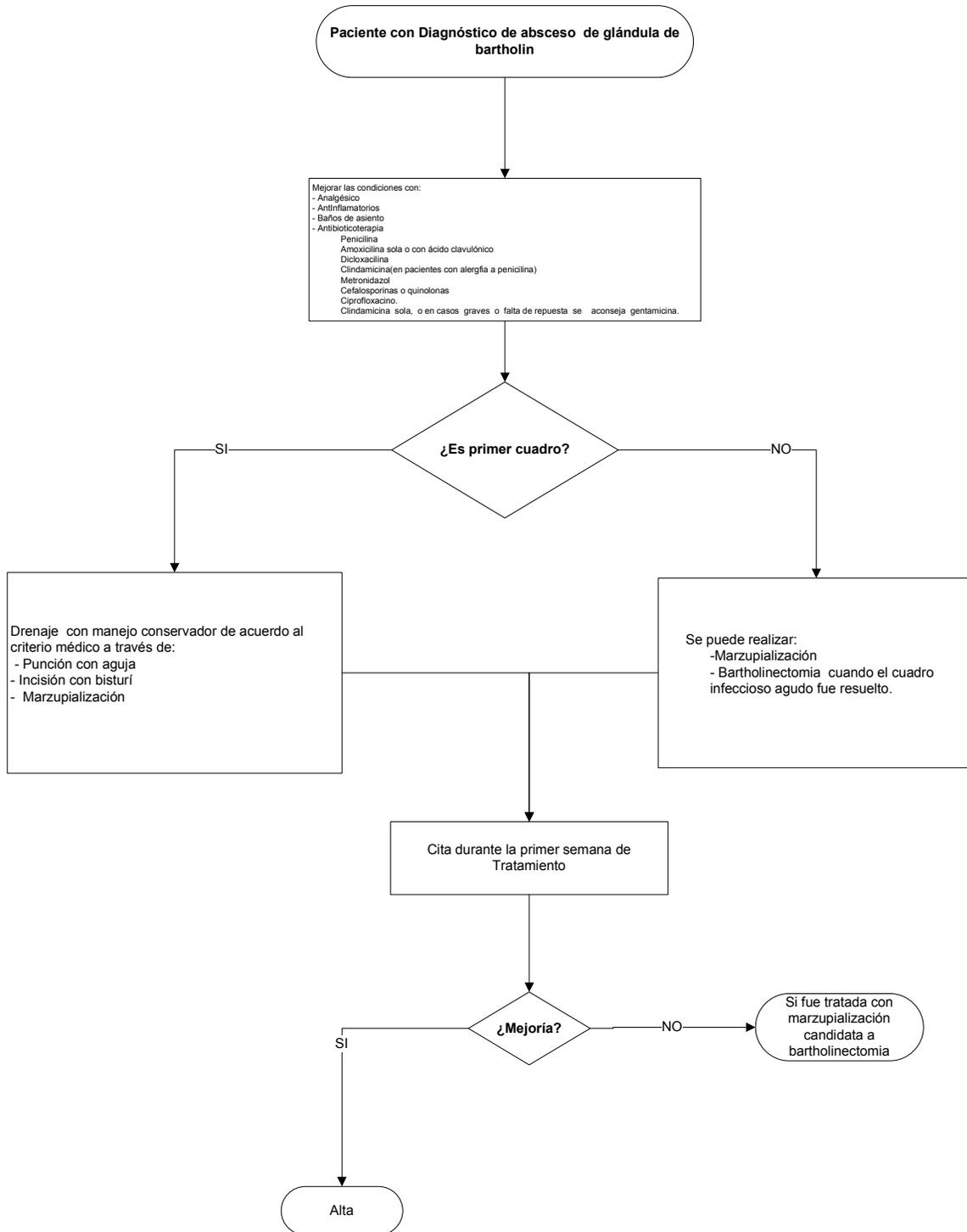
ALGORITMOS

1 DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DE ABSCESO Y QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN

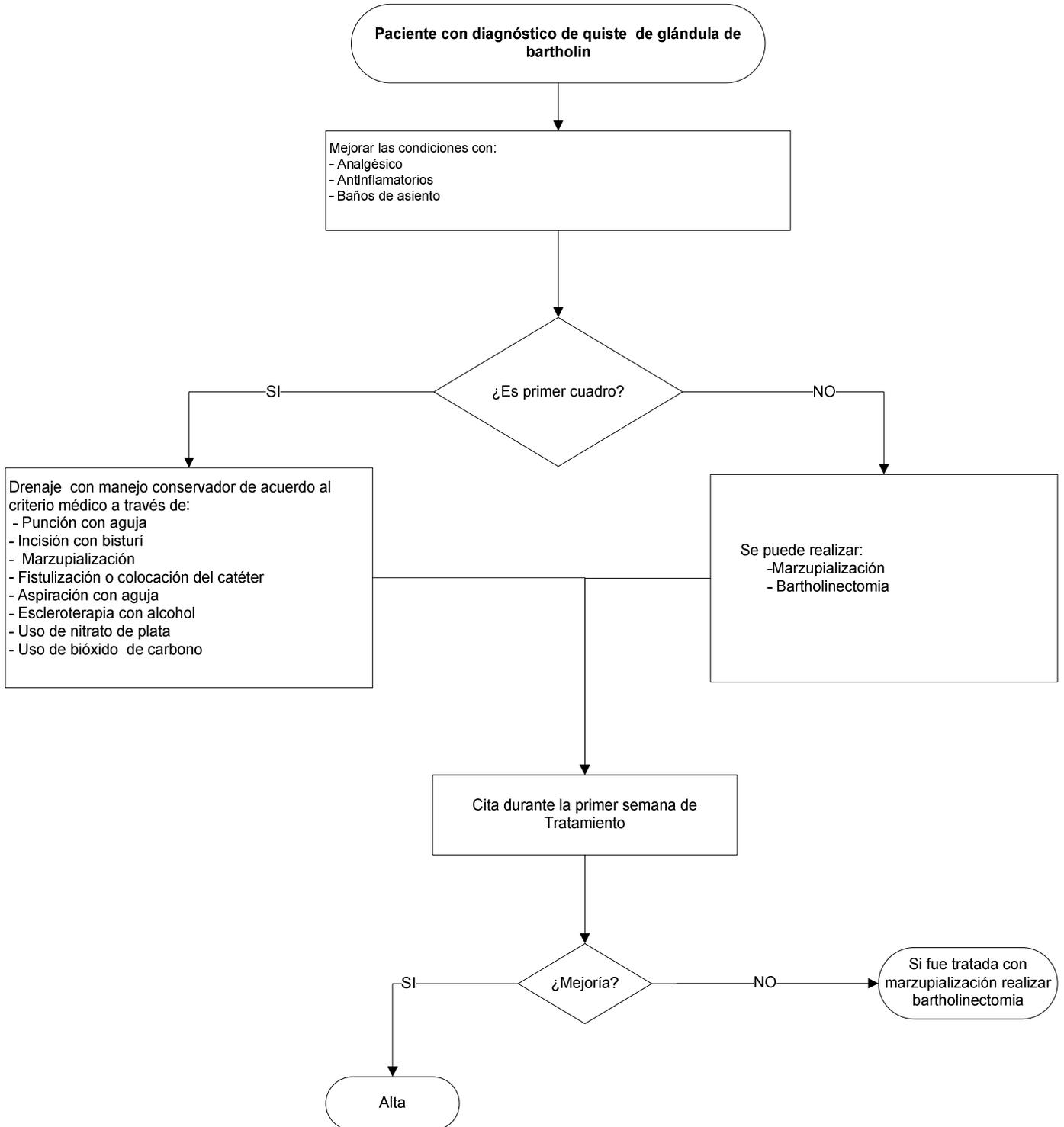


* Se indicara de acuerdo a cada caso o pacientes los siguientes medicamentos
 Penicilina
 Amoxicilina sola o con ácido clavulónico
 Dicloxacilina
 Clindamicina(en pacientes con alergia a penicilina)
 Metronidazol
 Cefalosporinas o quinolonas
 Clindamicina sola, o en casos graves o falta de repuesta se aconseja asociarla a gentamicina
 Ciprofloxacino.

2 TRATAMIENTO DE ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN



3 TRATAMIENTO DE QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN



CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE INFECCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1969 1969.01	Azitromicina	500 mg cada 24 horas por un día o dos días	Ada tableta contiene Cada tableta contiene: Azitromicina dihidratada equivalente a 500 mg de Azitromicina Envase con 3 tabletas para vía oral Envase con 4 tabletas para vía oral.	500 mg cada 24 horas por 1 a 2 días.	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas, vómito y flatulencia.	Se ha precipitado ergotismo al administrar simultáneamente con algunos antibióticos macrólidos. Así mismo estos antibióticos alteran el metabolismo microbiano de la digoxina en el intestino en algunos pacientes. No tomar en forma simultánea con antiácidos. Junto con otros macrólidos, pueden producir interacciones con los medicamentos por reducir su metabolismo hepático por enzimas P450.	Hipersensibilidad al fármaco o a cualquiera de los antibióticos macrólidos.
2230	Amoxicilina-Acido clavulanato	De acuerdo a Amoxicilina 500 mg cada 8 hrs	Tabletas con amoxicilina 500 mg más clavulanato 100 mg Caja con 12 o 16 tabletas	7 a 14 días	Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumenta su concentración plasmática.	Hipersensibilidad a penicilinas o cefalosporinas.
1924	Bencilpenicilina procaínica Bencilpenicilina cristalina	Una ampula de 800 000 UI cada 12 ó 24 horas.	Suspensión inyectable Frasco ampula y diluyente con 2 ml CON 600 000 UI/200 000 UI	Durante 8 días y según evolución	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección.	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas. Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las penicilinas.	Hipersensibilidad al fármaco, nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero.
4259	Ciprofloxacina	250 a 500 mg cada 12 horas	Solución inyectable con 200 mg en un frasco o bolsa con 100 ml	Durante 7 a 14 días	Cefalea, convulsiones, temblores, náusea, diarrea, exantema, candidiasis bucal.	Los antiácidos reducen su absorción oral. El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacina. Con teofilina se aumentan las reacciones adversas en sistema nervioso.	Hipersensibilidad a quinolonas, lactancia materna y niños. Precauciones: Insuficiencia renal.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE Y ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

4255	Ciprofloxacina	Cápsulas de 250 mg 2 Una o dos tabletas cada 12 hrs	Cápsula o tableta 250 mg Caja con 8 capsulas	Durante 7 a 14 días	Cefalea, convulsiones, temblores, náusea, diarrea, exantema, candidiasis bucal.	Los antiácidos reducen su absorción oral. El probenecid aumenta los niveles plasmáticos de ciprofloxacino. Con teofilina se aumentan las reacciones adversas en sistema nervioso.	Hipersensibilidad a quinolonas, lactancia materna y niños. Precauciones: Insuficiencia renal.
1973	CLINDAMICINA	Intravenosa. Intramuscular. Adultos: 300 a 600 mg cada 6 a 8 horas; dosis máxima 2.4 g / día.	Solución Inyectable. Cada ampolla contiene: Fosfato de clindamicina equivalente a 300 mg de clindamicina. Envase con 1 ampolla de 2 ml (150 mg / ml).	De 2 a 6 semanas y revaloración según evolución	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad inmediata.	Su efecto se antagoniza con el uso de cloranfenicol y eritromicina. Aumenta el efecto de los relajantes musculares. Con caolín se disminuye su absorción. Con difenoxilato o loperamida se favorece la presencia de diarrea.	Hipersensibilidad a las lincosamidas. Colitis ulcerosa. Insuficiencia hepática.
2128	Amoxicilina	500 a 1000 mg cada 8 horas.	Cápsula con Amoxicilina 500mg Envase con 12 ó 15 cápsulas	Durante 7 a 14 días	Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática.	Riesgo en embarazo B Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.
4254	Ceftazidima,	Adultos: 1 g cada 8 a 12 horas, hasta 6 g/día.	Envase con un frasco ampula y 3 ml de diluyente.	Durante 7 a 14 días	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
1937	Ceftriaxona	Adultos: 1 a 2 g cada 12 horas, sin exceder de 4 g/día.	Frasco ampula con Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g Envase con un frasco ampula y 10 ml de diluyente.	Durante 7 a 14 días	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
1940	Doxiciclina	El primer día 100 mg cada 12 horas y continuar	Cápsula o tableta Cada cápsula o tableta	Durante 6 a 8 días y valoración	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito,	Induce las enzimas microsomales hepáticas, por lo tanto favorece la biotransformación y disminuye la concentración plasmática de	Hipersensibilidad al fármaco.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE Y ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

		con 100 mg/día, cada 12 ó 24 horas	contiene: Hidrato de Doxiciclina equivalente a 100 mg de Doxiciclina. Envase con 10 cápsulas o tabletas.		fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas. En niños pigmentación de los dientes, defectos del esmalte y retraso del crecimiento óseo.	los medicamentos. Con terfenadina, astemizol, cisaprida, midazolam y triazolam aumentan efectos adversos.	
1954	Gentamicina	Ampolleta con 80 MG DE Sulfato de gentamicina Adultos: De 3 mg/kg /día, administrar cada 8 horas. Dosis máxima 5 mg/kg/día.	Envase con ampolleta con 2 ml.	De 7 a 14 días	Ototoxicidad (coclear y vestibular), nefrotoxicidad, bloqueo neuromuscular.	Aumentan sus efectos tóxicos con: Furosemida, cisplatino, indometacina, amfotericina B, vancomicina, ciclosporina A, cefalosporinas. Con penicilinas aumenta su efecto antimicrobiano.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal, botulismo, miastenia gravis, enfermedad de Parkinson.
1308.01	Metronidazol	500 a 750 mg cada 8 horas por 10 días.	Tabletas Cada tableta contiene: Metronidazol 500 mg Envase con 30 tabletas.	Durante 8 a 10 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad.	Hipersensibilidad al fármaco. No ingerir alcohol durante el tratamiento, insuficiencia hepática y renal.