



CASO CLÍNICO

La escisión de la glándula de Bartholin como causa de distorsión anatómica y dolor vulvar



F. Nohales, P. Calvo*, M. Garcia-Gamón, R. Monfort y A. Valle

Servicio de Ginecología, Área Clínica de la Mujer, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Valencia

Recibido el 13 de febrero de 2019; aceptado el 17 de junio de 2019

Disponible en Internet el 2 de septiembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Glándula de Bartholin;
Tratamiento;
Dolor vulvar

Resumen

Introducción: Los quistes y abscesos de Bartholin pueden producirse en cerca del 2% de las consultas ginecológicas por año. Se han propuesto diferentes tipos de tratamientos (punción, marsupialización, esclerosis, escisión de la glándula, etc.), con porcentajes diferentes de recurrencia y complicaciones. Presentamos 5 casos en los que tras practicar escisión completa de la glándula por enfermedad benigna, aparecen como complicación tardía el dolor vulvar y la distorsión anatómica.

Objetivo: Analizar los casos, así como su repercusión en la calidad de vida posterior.

Resultados: Ante la enfermedad benigna de la glándula de Bartholin (quistica abscesificada o no) debemos mantener la glándula para que siga ejerciendo su función y valorar la funcionalidad posterior, utilizando para este fin los test de calidad de vida en ese seguimiento que incluya la sexualidad. Por último, debemos mejorar nuestras prácticas asistenciales y, en caso de una evolución tórpida, no permitir la cronificación del estímulo doloroso.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Bartholin's gland;
Treatment;
Vulvar pain

Excision of Bartholin gland as a cause of anatomy distortion and vulvar pain

Abstract

Introduction: Bartholin cysts and abscesses may occur in about 2% of gynaecological cases per year. Different types of treatment (puncture, marsupialisation, sclerosis, excision of the gland, etc.) have been proposed, with different percentages of recurrence and complications. A series of 5 cases are presented, in which, after practicing complete excision of the gland due to benign disease, vulvar pain and anatomic distortion appeared as late complications.

Objective: To analyse the results based on the technique used, including the importance of late complications (pain and anatomical distortion), as well as their impact on the quality of later life.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulita_ch87@hotmail.com (P. Calvo).

Results: Given the benign disease of the Bartholin gland (abscess or cyst), the gland must be maintained so that it can continue fulfilling its role. Its future functioning can be assessed during follow-up by using a quality of life test that includes sexuality. Finally, care practices in these patients must be improved, especially in the case of a slow progress, not allowing the development of chronic pain stimulus.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

En el tratamiento de la patología benigna de la glándula de Bartholin (quistica abscesificada o no) debemos mantener la glándula para que siga ejerciendo su función en lugar de practicar su escisión y valorar la funcionalidad posterior, utilizando para este fin los test de calidad de vida en ese seguimiento que incluya la sexualidad y, en caso de una evolución tórpida, no permitir la cronificación del estímulo doloroso.

Introducción

Las glándulas de Bartholin, también llamados glándulas vestibulares mayores, tienen una forma oval, tamaño de un guisante (promedio de 0,5 cm) y se encuentran laterales a los músculos bulbocavernosos de manera bilateral. Estas glándulas están conectadas a unos conductos, situadas en la posición 4 y 8 horarias entre los labios menores y el borde del himen, a través de estos las glándulas drenan el moco en el vestíbulo vaginal permitiendo la lubricación.

Cuando el orificio del conducto de la glándula de Bartholin se obstruye, se produce una acumulación de moco, dando lugar a una dilatación quística que es frecuente (*quistes*), los cuales pueden desarrollar, aunque no necesariamente, un *absceso* de estas glándulas. En estos casos, los cultivos a menudo nos muestran una etiología polimicrobiana. Aunque puede existir otro tipo de enfermedad benigna de estas glándulas, es el *carcinoma*, de aparición en mujeres posmenopáusicas, con baja prevalencia el que más preocupa¹.

Embriológicamente, las glándulas de Bartholin se originan en el seno urogenital y, por consiguiente, utilizan la arteria pudenda externa como irrigación y la inervación procede de la rama perineal del nervio pudendo. Esta información será pertinente para entender las complicaciones que puedan suceder.

Los quistes y los abscesos de Bartholin pueden producirse en cerca del 2% de las consultas ginecológicas por año. Así se ha calculado la incidencia entre la población coreana de quistes de Bartholin en $0,55 \pm 0,04$ por 1.000 personas-año y los abscesos de Bartholin en $0,95 \pm 0,06$ por 1.000 personas-año².

Durante la exploración clínica, podemos encontrar una masa indolora sin signos de celulitis (quistes de la glándula de Bartholin), mientras que los abscesos comúnmente están presentes con celulitis y linfangitis (eritema y edema), haciendo que la paciente experimente dificultad para caminar, sentarse y tener relaciones sexuales. Cuando el absceso crece lo suficientemente grande como para extenderse a los

labios superior, puede romper la piel y drenar espontáneamente, entonces la paciente puede experimentar un alivio repentino tras la rotura espontánea. Aunque el diagnóstico diferencial lo deberemos realizar con otros tipos de quistes inflamatorios o no y en el caso de una masa sólida tendremos que descartar malignidad.

Los quistes asintomáticos de la glándula de Bartholin se pueden dejar sin tratar sin consecuencias perjudiciales. Cuando son sintomáticos (discomodidad, bienestar vulvar, dispareunia, etc.), podemos utilizar un método sencillo y rápido de proporcionar alivio para la paciente como es la incisión de la cápsula y drenaje. Sin embargo, este método es propenso a la recurrencia de los quistes o formación de abscesos, por ello se han propuesto diferentes tratamientos para solventar esta enfermedad benigna: marsupialización, exéresis glándula, escleroterapia, fistulización, etc.³, pero que no están exentos de complicaciones (hematoma, infección, dispareunia, entre otros).

El objetivo de este trabajo es el de presentar 5 casos clínicos donde la exéresis de la glándula de Bartholin en procesos agudos, crónicos o recurrentes condujo a una alteración anatómica y funcional, con la aparición de dolor vulvar posteriormente (espontáneo o provocado [dispareunia]) con afectación de su calidad de vida. Asimismo, mostramos los tratamientos realizados: reconstrucción quirúrgica, tratamiento antineuropático, infiltraciones de corticoides y de bótox, fisioterapia, etc. Un abordaje lo más precoz nos ayudará a realizar una prevención secundaria que evite la cronificación, con los fenómenos de sensibilización central-memoria del dolor y las posteriores repercusiones psicobiofísicas.

Descripción de los casos

En la [tabla 1](#) mostramos la descripción esquemática de los 5 casos, con las características de las pacientes, los tratamientos recibidos y la evolución. Las [figuras 1-6](#) corresponden a los casos expuestos, todas las cirugías fueron sobre la glándula de Bartholin izquierda.

Referente a las variables expuestas, la sintomatología fue valorada mediante los test que recomiendan la Sociedad Española del Dolor⁴ para el dolor crónico: escala visual analógica para el dolor, cuestionario DN4 para el dolor neuropático y la escala de ansiedad-depresión hospitalaria (HAD). Los tratamientos no se completaron, bien por mala tolerancia a la medicación (caso 1) o por imposibilidad de fisioterapia (caso 2). La valoración global se ha valorado con

Tabla 1 Descripción de los casos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	25	47	28	24	30
Paridad	0	1	0	0	2
Procedencia	Interna	Externa	Externa	Interna	Externa
Tiempo evolución	4 meses	6 meses	18 meses	4 meses	12 meses
Hipertonía muscular suelo pélvico	Sí	Sí	No	Sí	No
Cirugía Bartholin	Primaria	Iterativa	Iterativa	Primaria	Iterativa
Dolor vulvar	Espontáneo	Espontáneo	Provocado	Espontáneo	Provocado
Dispareunia	Intensa	Moderada	Leve	Moderada	Leve
EVA	8	6	nd	6	nd
DNA4	7	4	nd	3	nd
HAD	15A 10D	nd	nd	nd	nd
Reconstrucción quirúrgica	Sí	No	No	No	Sí
Tratamiento farmacológico	Sí	Sí	No	Sí	No
	Mala tolerancia				
Fisioterapia	Sí	No realizada	No	Sí	No
Infiltración	Botox	Botox	Corticoides	Botox	Corticoides
PGI-I	Mucho	Ningún	Mucho	Muchísimo	Muchísimo
CGI-I	mejor	cambio	mejor	mejor	mejor
	Mucho	Mejor	Mucho	Mucho	Mucho
	mejor		mejor	mejor	mejor
Figuras	1-2	3	4	5	6

A: ansiedad; D: depression; DNA4: cuestionario para el dolor neuropático en cuatro preguntas. 0 puntos = nulo dolor, hasta 10 puntos = máximo dolor percibido; EVA: escala visual analógica. 0 puntos = nulo dolor, hasta 10 puntos = máximo dolor percibido; HAD: escala de ansiedad-depresión hospitalaria, compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde *ausencia/minima presencia* = 0, hasta *máxima presencia* = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas; nd: datos no disponibles.

la escala de impresión de mejoría global de la paciente o PGI-I y por la escala de impresión de mejoría global del clínico o CGI-I⁴.

Discusión

Existen múltiples técnicas empleadas en la literatura, habiendo sido descritas diversas intervenciones para los quistes y abscesos de las glándulas de Bartholin. La revisión de Wechter et al.⁵ utilizando la metodología meta-analysis of observational studies in epidemiology (MOOSE) con 532 artículos identificados, 24 estudios (5 ensayos controlados, 2 estudios de cohortes y 17 series de casos) no logró identificar el mejor enfoque de tratamiento.

Referente a las técnicas:

- La punción y aspiración⁵ mostraría las mayores tasas de recurrencia, hasta un 30%.
- La escisión de la glándula⁶ era la técnica preferida a finales de los años 60. Pero no evitaba la recurrencia en todos los casos por resección incompleta, dado que a partir de pequeños fragmentos de glándula podían presentarse quistes.
- Marsupialización⁷ 2,6%, recurrencias a 0⁵.
- Con nitrato de plata⁸, 0 recurrencias.

- Escleroterapia con alcohol versus nitrato de plata⁹: 1 recurrencia en 12 pacientes al cabo de 2 años.
- Marsupialización versus nitrato de plata¹⁰, similares resultados a los 6 meses y sin complicaciones.
- Con láser de dióxido de carbono¹¹ hace 10 años publicaron una tasa de recurrencias del 4%, aunque publicaciones previas del mismo autor eran mayores.
- Fistulización con sonda. Inicialmente desarrollada por Word en 1964¹² y ampliamente difundida en la actualidad, siendo de elección en multitud de centros, con una baja tasa de recurrencia y con un estudio coste-económico a favor de esta técnica¹³, que se realiza en consulta sin anestesia general y con buenos resultados funcionales¹⁴.

La posibilidad de que se trate de un proceso neoplásico ya ha sido debatido en la literatura de manera profunda³. Como el diagnóstico de adenocarcinoma primario de la glándula de Bartholin se establece en el examen histológico, se recomiendan a las mujeres mayores de 40 años a someterse a drenaje y biopsia para eliminar la posible presencia de un carcinoma¹⁵. En estos casos y ante la duda, podemos utilizar técnicas de imagen como la ecografía¹⁶, más accesible para el ginecólogo en su práctica habitual o la resonancia magnética nuclear (RMN)¹⁷.

La enfermedad benigna (quistes y abscesos) de la glándula de Bartholin por su frecuencia y alteración de la calidad



Figura 1 Antes de la reconstrucción: obsérvese la ausencia del labio menor izquierdo (caído por necrosis secundaria a hematoma) y restos de la cápsula de la glándula Bartholin izquierda.



Figura 2 Tras la reconstrucción (con ninfoplastia contralateral) y extirpación de restos glandulares.

de vida que producen no parece ser un tema olvidado en la bibliografía. Así encontramos las principales complicaciones:

- Principalmente en los primeros 5-7 días: inflamación de la mucosa circundante, edema labial, secreción sero-hemorrágica o mucosa o incluso purulenta y hemorragia³.



Figura 3 Distorsión anatómica, oquedad.



Figura 4 Pérdida parcial labio menor izquierdo.



Figura 5 Pérdida de tejido vulvar en el labio menor izquierdo.



Figura 6 Solución de continuidad en el labio menor.

- Se describía cauterización de la mucosa circundante (hasta el 20% de los casos) cuando se empleaba nitrato de plata¹⁸.
- En el estudio de Mungan et al.⁸, cuando compararon el empleo de nitrato de plata frente a la escisión de la glándula encontraron en este segundo grupo más morbilidad: equimosis (12%), hematomas (8% de los casos) y morbilidad febril en el 24%, así como queja por dispareunia en 2 pacientes al cabo de 2 años.
- Sin embargo, en la revisión de Wechter et al.⁵ concluyen la calidad limitada de datos sobre los que elegir las mejores prácticas.
- Nuestro grupo¹⁹ ya comunicó cómo la exéresis de la glándula era causa de dolor vulvar persistente a los 6 meses de la cirugía.

Analizando las complicaciones tardías de nuestros casos, el dolor neuropático, como aquel dolor cuyo origen radica en el propio tejido neural, pudiendo este término emplearse para designar concretamente el dolor que es un resultado de un daño específico en el tejido nervioso periférico (rama perineal del nervio pudendo) o bien puede incluir también el dolor disfuncional en el que se desconoce el tipo de lesión y se genera una situación de excitotoxicidad que origina síndromes clínicos de dolor inexplicables. Este tipo de dolor se caracteriza como punzante o eléctrico por parte de la paciente. La importancia que tiene la interacción con el sistema nervioso central puede conducir a una situación inflamatoria persistente y, en consecuencia, producir una sensibilización periférica y central, así como una respuesta anómala o excesiva ante mínimos estímulos (roce ropa interior o simplemente más apretada)²⁰.

Para el tratamiento antineuropático proponemos, con base en la evidencia bibliográfica y en nuestra experiencia, un esquema multimodal²¹, con aproximación farmacológica²², fisioterápica²³ e infiltraciones²⁴.

Dentro de los fármacos, la amitriptilina dispone de suficiente evidencia científica para el tratamiento del dolor neuropático²⁵, sobre todo si lo asociamos a fármacos anticonvulsivantes²⁶.

La existencia de una disfunción musculoesquelética específica (síndrome de dolor miofascial de suelo pélvico) a veces como alteración primaria, pero en este caso como secundaria al proceso de cicatrización y fibrosis, como encontramos en los casos 1, 2 y 4. Este dolor miofascial puede ser responsable de la perpetuación de los síntomas orgánicos y de la falta de resolución evolutiva del proceso si no se aborda específicamente con fisioterapia adecuada (liberación miofascial, reeducación muscular y otras técnicas fisioterápicas ayudadas de electroterapia analgésica)²⁷.

Las infiltraciones con toxina botulínica tipo A está siendo introducida en pequeñas series²⁴ en ginecología, con efectos temporales de mejora de la sintomatología (3-6 meses) para aquellas mujeres con musculatura hipertónica cuyos síntomas sean el dolor pélvico y la dispareunia²⁸. Los efectos secundarios informados son mínimos, pero se requiere más investigación antes de poder recomendar el tratamiento. En nuestros casos se solicitó autorización para su uso.

Referente a las alteraciones anatómicas, no debemos banalizarlas, dada la importancia que la mujer concede a su imagen corporal y la posterior repercusión psicológica que pueda tener. La cirugía reconstructiva de la vulva (íntima o cosmética)²⁹ nos será demandada en estos casos, pero debemos ser cautos con crear nuevas cicatrices y áreas de fibrosis, sobre todo cuando existe dolor neuropático. En nuestro caso, solo recurrimos en 2 de las 5 pacientes a la reconstrucción vulvar, con buenos resultados.

Conclusiones

Ante la enfermedad benigna de la glándula de Bartholin (quística abscesificada o no) debemos mantener la glándula para que siga ejerciendo su función y valorar la funcionalidad posterior a las actuaciones quirúrgicas que realicemos, utilizando para este fin los test de calidad de vida en ese seguimiento que incluya a la sexualidad.

Deberemos explorar nuevas opciones terapéuticas menos invasivas y añadir técnicas de imagen en el diagnóstico (ecografía o RMN) ante los casos dudosos, recidivantes o sospechosos de malignidad, sobre todo en mujeres posmenopáusicas, si consideramos que debemos reseca la glándula en su totalidad.

Por último, debemos mejorar nuestras prácticas asistenciales y, en caso de una evolución tórpida, no permitir la cronificación del estímulo doloroso que nos puede conducir a otro tipo de complicaciones tardías que van a alterar claramente la calidad de vida de estas mujeres.

Financiación

No ha necesitado financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Lee M, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A. Clinical pathology of Bartholin's glands: A review of the literature. *Curr Urol*. 2014;8:22–5.
- Yuk JS, Kim YJ, Hur JY, Shin JH. Incidence of Bartholin duct cysts and abscesses in the Republic of Korea. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;122:62–4.
- Marzano DA, Haefner HK. The Bartholin gland cyst: Past, present, and future. *J Low Genit Tract Di*. 2004;8:195–204.
- De la Calle JL. Recomendaciones sobre el empleo de escalas en el dolor neuropático de la SED. Disponible en: <http://dn.areastematicas.com/recomendaciones.php>.
- Wechter ME, Wu JM, Marzano D, Haefner H. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: A systematic review. *Obstet Gynecol Surv*. 2009;64:395–404.
- Heath J. Commentary: Methods of treatment for cysts and abscesses of Bartholin gland. *Br J Obstet Gynaecol*. 1988;95:321–2.
- Jacobson P. Marsupialization of vulvovaginal (Bartholin) cysts. *Am J Obstet Gynecol*. 1960;79:73–8.
- Mungan T, Ugur M, Yalcin H, Alan S, Sayilgan A. Treatment of Bartholin cyst and abscess: Excision versus silver nitrate insertion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995;63:61–3.
- Kafali H, Yustseven S, Ordazali I. Aspiration and alcohol sclerotherapy: A novel method for management of Bartholin's cyst or abscess. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;112:98–101.
- Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Haberla A. Prospective randomized study of marsupialization versus silver nitrate application in the management of Bartholin gland cyst and abscesses. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16:149–52.
- Lashgari M, Curry S. Preferred methods of treating Bartholin duct cyst. *Contemp Obstet Gynecol*. 1995;40:38–41.
- Word B. New instrument for office treatment of cyst and abscess of Bartholin gland. *JAMA*. 1964;190:777–8.
- Reif P, Ulrich D, Bjelic-Radisic V, Häusler M, Schnedl-Lamprecht E, Tamussino K. Management of Bartholin's cyst and abscess using the Word catheter: Implementation, recurrence rates and costs. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;190:81–4.
- Reif P, Elsayed H, Ulrich D, Bjelic-Radisic V, Häusler M, Greimel E, et al. Quality of life and sexual activity during treatment of Bartholin's cyst or abscess with a Word catheter. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;190:76–80.
- Mayeaux EJ Jr, Cooper D. Vulvar procedures: Biopsy, Bartholin abscess. Treatment and condyloma treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013;40:759–72.
- Eppel W, Frigo P, Worda C, Bettelheim D. Ultrasound imaging of Bartholin cysts. *Gynecol Obstet Invest*. 2000;49:179–82.
- Berger MB, Betschart C, Khandwala N, DeLancey JO, Haefner HK. Incidental Bartholin gland cysts identified on pelvic magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol*. 2012;120:798–802.
- Ergeneli MH. Silver nitrate for Bartholin gland cysts. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999;82:231–2.
- Ortiz IM, Araque T, Hoyas P, Signes C, Garcia-Gamón M, Bauset C, et al. Bartholin's gland cystectomy as a cause of vulvar chronic pain. *Int Urogynec J*. 2015;26 Suppl 1:S177.
- Grupo de Trabajo de Dolor Pélvico (SEP/SEGO). Protocolo Dolor pélvico crónico en la mujer: diagnóstico y tratamiento inicial. *Suelo Pélvico*. 2014;10:11–23.
- Nohales FJ, Bonillo MA, Izquierdo R. Dolor pélvico crónico en la práctica uroginecológica. *Suelo Pélvico*. 2012;8:9–24.
- Tu F, Hellman K. Backonja. Gynecological management of neuropathic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205:435–43.
- Pastore EA, Katzman WB. Recognizing myofascial pelvic pain in the female patient with chronic pelvic pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41:680–91.
- Abbott J. The use of botulinum toxin in the pelvic floor for women with chronic pelvic pain —A new answer to old problems? *J Minim Invas Gyn*. 2009;16:130–5.
- Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007:CD005454.
- Chiechio S. Pregabalin in the treatment of chronic pain: An overview. *Clin Drug Invest*. 2009;29:203–13.
- Díaz-Mohedo E, Barón-López FJ, Pineda-Galán C. Consideración etiológica, diagnóstica y terapéutica del componente miofascial en el dolor pélvico crónico. *Actas Urol Esp*. 2011;35:610–4.
- Morrissey D, el-Khawand D, Ginzburg N, Wehbe S, O'Hare P, Whitmore K, et al. Injections into pelvic floor muscles under electromyographic guidance for women with refractory high-tone pelvic floor dysfunction: A 6-month prospective pilot study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015;21:277–82.
- Iglesia CB, Yurteri-Kaplan L, Alinsod R. Female genital cosmetic surgery: A review of techniques and outcomes. *Int Urogynecol J*. 2013;24:1997–2009.