

## CASOS CLÍNICOS

# Absceso de clítoris

J. López-Olmos

Departamento de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

## ABSTRACT

We present a case of clitoral abscess in a 24-year-old woman. Spontaneous drainage of the abscess occurred after medical treatment with ciprofloxacin and ibuprofen, with complete resolution.

## INTRODUCCIÓN

El clítoris es el órgano más sensible de la mujer, el órgano del placer sexual. A él llegan muchas ramificaciones nerviosas y está muy bien irrigado.

El absceso de clítoris es una patología muy rara, hay muy pocos casos descritos. Su etiología es incierta. Es causa de dolor vulvar. En este trabajo, se excluyen los que tengan relación con la circuncisión femenina y sus secuelas, y se presenta un caso de absceso puro de clítoris.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años, nuligesta, en tratamiento anti-conceptivo con Yasmin, hasta enero de 2007. Con reglas normales, sin antecedentes de interés. Consultó por vulvovaginitis, y en urgencias de su centro de salud la trataron con ciprofloxacino y paracetamol. Después de unos días nos consultó quejándose de dolor e hinchazón vulvar. A la exploración se observó un absceso de clítoris (fig. 1). Se tomó muestra de flujo vaginal para cultivo. Se trató con ciprofloxacino, 500 mg, 1 comprimido oral cada 8 h durante 10 días, e ibuprofeno, 1 comprimido cada 8 h durante 10 días. Refería haber ido en bicicleta durante 1 h y media con ropa ajustada 2 días antes de comenzar a notar las molestias.

El cultivo vaginal informó de células epiteliales y flora microbiana con predominio de bacilos grampositivos, compatibles con bacilos de Döderlein. El cul-

tivo fue negativo para *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus agalactiae* grupo B y *Candida* spp.



Fig. 1. Absceso de clítoris: tumoración inflamatoria al inicio.



Fig. 2. Absceso de clítoris maduro, previo a su drenaje espontáneo.

Aceptado para su publicación el 6 de noviembre de 2007.



Fig. 3. Absceso de clítoris: *restitutio ad integrum*.

Al día siguiente acudió de nuevo a la consulta aquejando más dolor y molestia insoportable. A la exploración el absceso estaba maduro (fig. 2). Se remitió la paciente a urgencias del hospital para ingreso y tratamiento quirúrgico, marsupialización. En la sala de espera del hospital se produjo el drenaje espontáneo. Tras él, le practicaron cura local. Mantuvo la misma medicación durante 5 días más.

Acudió a revisión a la semana, y se observó un clítoris normal (fig. 3) con *restitutio ad integrum*. Se observó el punto de drenaje del absceso. Se practicó una ecografía transvaginal, que fue normal.

## DISCUSIÓN

En ocasiones, lo que parece un absceso de vulva por la tumoración, que afecta al clítoris, en realidad no lo es. Así ocurre con la enfermedad de Crohn que afecta la vulva, como describen Devroede et al<sup>1</sup> en 3 casos. Pero, además, puede haber úlceras aftosas en labios mayores y menores o una masa vulvar que afecte al clítoris, en el posparto, y que se trate de tejido mamario ectópico<sup>2</sup>.

Kent y Taxiarchis<sup>3</sup> presentan 4 casos de absceso periclitórideo recurrente en 9 años. Se trataba de mujeres de 24, 23, 29 y 31 años. En unas ocasiones hubo drenaje espontáneo, en otras, se practicó marsupialización. En el caso 3, en el cultivo hubo *Bacteroides* y *Diphtheroides*. En el caso 4, el cultivo fue positivo para *Staphylococcus* coagulasa positivo. La etiología es oscura. No sería de origen venéreo. Basta un foco in-

feccioso vulvar en la piel. Podría ser por contacto oral-genital excesivo, pero los 4 casos lo negaban.

Sur<sup>4</sup> presenta 2 casos de absceso periclitórideo recurrente, en 8 años, en mujeres de 16 y 41 años. Se practicó marsupialización en ambos. En el caso 2 el cultivo fue positivo para *Streptococcus bovis*. En la biopsia se encontró tejido inflamatorio.

Chinnock<sup>5</sup> presenta un caso en una mujer de 41 años. Se trató con antibióticos, cefazolina y cefalexina, 7 días, y quedó resuelto. La solución es el tratamiento antibiótico, y si no la incisión y drenaje por el tejido periclitórideo, para no lesionar el clítoris. Pero con el drenaje hay casos de absceso recurrente. Para la marsupialización hay que consultar con la paciente.

Lara-Torre et al<sup>6</sup> presentan un caso de absceso periclitórideo recurrente en una chica premenárquica, de 11 años. Era obesa, no tenía historia sexual ni de abuso sexual en la infancia. Se trató con antibióticos intravenosos: ampicilina y sulbactam (en el primer episodio), y medidas locales (baños 4 veces al día). Se curó en 3 días y se produjo drenaje espontáneo del absceso. Los cultivos fueron negativos (en el segundo episodio se trató con ampicilina + clavulánico).

El absceso podría deberse a transmisión venérea por sexo oral-genital, o podrían predisponer al proceso adherencias del tejido clitorideo + esmegma, o ser una dermatitis con eritema infectada. Pero éste no era el caso. Lo primero es hacer tratamiento médico conservador, y más en una chica joven que no toma estrógenos, y si no tratamiento quirúrgico y marsupialización.

Mendilcioglu<sup>7</sup> presenta un caso de absceso periclitórideo recurrente, como causa rara de dolor vulvar, en una mujer de 33 años. Se trató con ampicilina + sulbactam oral. Al tercer día se produjo drenaje, se realizó incisión de 2 cm lateral + marsupialización. Había un cabello en la cavidad del absceso. La anatomía patológica informó de inflamación granulomatosa. La revisión al mes fue normal. Si hay recurrencias del absceso, se debe hacer marsupialización, con incisión lateral para no dañar el clítoris.

Finalmente, acerca de nuestro caso, se trataba de una joven de 24 años que presentó un absceso de clítoris puro, como se ve en la iconografía. Refería el antecedente de paseo prolongado en bicicleta durante 1 h y media, con ropa ajustada. El roce de la ropa ajustada en la vulva pudo ocasionar una pequeña lesión, rotura del epitelio, por donde pudieron penetrar gérmenes de la piel, infectarlo y producirse un absceso. El cultivo del flujo vaginal fue negativo. No se tomó muestra del pus para cultivo, al ocurrir el drenaje espontáneo en la sala de espera del hospital. La evolución fue buena con *restitutio ad integrum*.

## RESUMEN

Se presenta un caso de absceso de clítoris en una mujer de 24 años. Se produjo drenaje espontáneo del absceso tras tratamiento médico con ciprofloxacino e ibuprofeno, con curación completa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Devroede G, Schlaeder G, Sánchez G, Haddad H. Crohn's disease of the vulva. *Am J Clin Pathol.* 1975;63: 348-58.
2. Reeves KD, Kaufman RH. Vulvar ectopic breast tissue mimicking periclitoral abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1980; 137:509-11.
3. Kent SW, Taxiarchis LN. Recurrent periclitoral abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:355-6.
4. Sur S. Recurrent periclitoral abscess treated by marsupialization. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;147:340.
5. Chinnock B. Periclitoral abscess. *Am J Emerg Med.* 2003; 21:86.
6. Lara-Torre E, Hertweck SP, Kives SL, Perlman S. Premenarcheal recurrent periclitoral abscess: a case report. *J Reprod Med.* 2004;49:983-5.
7. Mendilcioglu I. Recurrent periclitoral abscess: treatment of a rare cause of vulvar pain [letter]. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;131:102.