



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 423/190 - BARTHOLINITIS AGUDA EN MUJER PERIMENOPÁUSICA

E. Tobal Vicente<sup>1</sup>, J. Armesto Vega<sup>2</sup>, C. Pérez Vázquez<sup>3</sup>, L. Alvarado Machón<sup>4</sup>, Á. Lafont Alcalde<sup>5</sup>, P. González Figaredo<sup>6</sup>, A. Gallego Gallego<sup>6</sup>, M. Ochoa Vilor<sup>6</sup>, J. Polo Benito<sup>7</sup>, I. Ramiro Bejarano<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Condesa. León, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Condesa. León, <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca, <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Condesa. León, <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León, <sup>6</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León, <sup>7</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca, <sup>8</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 53 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta por tumefacción e intenso dolor en región genital izquierda desde hace 12 días, de aparición aguda, con aumento progresivo de tamaño, y fiebre de 38 °C. Niega metrorragia. Menarquia a los 16 años. G2P2A0. FUR hace tres meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se palpa nódulo de tamaño 2 × 2 cm, muy doloroso, bordes pétreos a nivel de glándula de Bartholino izquierda, sin salida de material purulento tras compresión ni otros signos clínicos de inflamación local. Impresiona de Bartolinitis aguda no complicada. Se pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg c/8 horas 10 días y antiinflamatorios. Tras finalizarlo reaccide a consulta porque el dolor se ha intensificado hasta limitar la deambulación. Se objetiva aumento del tamaño de la glándula 4 × 3 cm, sin fluctuación de la misma y aumento del dolor durante la exploración. Dado el malestar y limitación que presenta, junto al fracaso del tratamiento médico, se decide derivar a urgencias hospitalarias para valoración por ginecología. Finalmente ingresan a la paciente y se realiza drenaje, desbridación y marsupialización de la glándula en quirófano con obtención de material purulento.

**Juicio clínico:** Bartholinitis aguda izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** 1) Bartholinitis aguda, 2) Quiste de Bartholino, 3) Quiste disontogénico, 4) Quiste sebáceo, 5) Papiloma genital de gran tamaño, 6) Tumores benignos y malignos de vulva.

**Comentario final:** Las glándulas de Bartolino, también denominadas glándulas vestibulares mayores, se localizan en la parte posterior del vestíbulo vulvar, en la base de los labios menores. Miden aproximadamente 1 cm y no suelen ser palpables salvo que exista enfermedad. Comienzan a funcionar en la pubertad proporcionando lubricación a la zona mediante la secreción de moco claro. La patología más frecuente de las mismas es el absceso, que suele producirse tras la obstrucción del conducto de drenaje de la glándula y la formación de un quiste. El 3% de las mujeres sufrirá patología de estas glándulas en algún momento de su vida. La edad más frecuente de aparición clínica está entre los 20 y los 29 años. El riesgo parece ser similar al de las ETS, y es más frecuente en nulíparas. En la perimenopausia debe descartarse patología maligna, aunque su incidencia es inferior al 1%. Los abscesos de las glándulas de Bartolino suelen ser polimicrobianos, siendo el germen más frecuentemente implicado es el *Escherichia coli*. El diagnóstico es

clínico. En caso de infección (absceso) se objetivarán signos de inflamación local, masa indurada o fluctuante y dolor que puede dificultar las relaciones sexuales, sedestación o incluso deambular. Puede haber fiebre y malestar general. No existe un tratamiento ideal para los quistes y abscesos, éste dependerá de la clínica, evolución del cuadro, limitaciones que produzca y patologías concomitantes. Puede ser conservador o quirúrgico. El tratamiento de primera elección son antibióticos de amplio espectro y analgésicos, aunque en casos leves no suelen ser necesarios.

### Bibliografía

Ramos C, et al. Folia Dermatol Peru. 2009;20(3):121-4.

Bernard Ackerman A, et al. Dermatología de bolsillo. Marbán Libros, S.L, 2010; p. 351-4.