

INCIDENCIA DE BARTOLINITIS EN PACIENTES QUE CONCURREN A UN HOSPITAL GENERAL

Tacchini María del Mar, Bartoli Claudia, Figueroa Myrian, Nobile Carmen.

Sección Microbiología, Servicio de Laboratorio, Hospital Misericordia Nuevo Siglo,
Córdoba, Argentina.

Correo postal: Belgrano 1500 CP: 5000

Correo electrónico: mmtacchini@hotmail.com

Tel: 0351 – 153630544

RESUMEN

La Bartolinitis es la inflamación (infecciosa o no) de las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartolino (GB). Es común en mujeres sexualmente activas. Su etiología, frecuentemente polimicrobiana, incluye microorganismos aerobios y anaerobios. El tratamiento con analgésicos y antibióticos es la primera elección, seguida de drenaje y marsupialización quirúrgica si es necesario. Se realizó un estudio retrospectivo comprendido entre julio de 2008 y marzo de 2014. Se analizaron 34 muestras de drenaje/punción de GB de mujeres entre 13 y 51 años. A las muestras se les realizó examen directo y se las cultivó en medios sólidos y líquidos en aerobiosis, anaerobiosis y microaerofilia. De las 34 muestras, 22 fueron positivas (65%) y 12 negativas (35%). La mayor cantidad de aislamientos correspondieron a cocos gram positivos aerobios, *S. viridans* (29%), *S. epidermidis* (18%), *S. pneumoniae* (7%). Entre los bacilos gram negativos *E. coli* se aisló con más frecuencia (11%), *H. influenzae* (4%). No hubo desarrollo de *N. gonorrhoeae*. Entre los gérmenes anaerobios el prevalente fue *Prevotella* sp (50%). Los aislamientos polimicrobianos correspondieron al 50% del total de cultivos positivos, siendo esta microbiota aerobia-aerobia o aerobia-anaerobia. Es importante resaltar la correcta toma de muestra para jerarquizar el rol de los microorganismos en la patología. Resulta interesante el aumento en los aislamientos de microorganismos asociados a infecciones del tracto respiratorio superior. La incidencia de infección polimicrobiana es alta (50%). El examen directo es una herramienta útil en el diagnóstico, recurrencias y tratamiento empírico de la patología.

Palabras clave: Bartolinitis, Absceso, Anaerobio, Etiología bacteriana

INTRODUCCION

La Bartolinitis es la inflamación (infecciosa o no) de las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartolino, situadas a ambos lados de la vagina, por debajo del tercio posterior de los labios menores (1-3). Su función es la lubricación de la vagina. Cuando se obstruye su conducto se forma un quiste de retención denso que al sobreinfectarse forma un absceso doloroso (3,4). Es una infección común en la población de mujeres sexualmente activa y aproximadamente un 2% desarrollará esta patología a lo largo de su vida (2-4,6).

La etiología, frecuentemente polimicrobiana, incluye microorganismos aerobios como *Escherichia coli*, *Staphylococcus* spp, *Streptococcus* spp, y anaerobios como *Prevotella* sp (3-9). En décadas pasadas se consideraba importante el rol etiológico de los gérmenes de transmisión sexual, gonococos y *Chlamydia trachomatis* (4,7-9).

El tratamiento con analgésicos y antibióticos es la primera elección, seguida de drenaje y marsupialización quirúrgica si es necesario (5,7-11). La bartolinitis puede recurrir en un alto porcentaje, por lo que en estos casos se realiza la extirpación quirúrgica completa de la glándula (3,6); de modo que es muy importante tener en cuenta los distintos agentes etiológicos y el número de episodio al momento de instaurar el tratamiento empírico (5,7).

El objetivo del presente trabajo fue estudiar la prevalencia de los agentes etiológicos en infecciones de glándula de Bartolino en pacientes atendidas en el servicio; conocer el número de casos nuevos y su distribución por edades; y caracterizar la infección como mono o polimicrobiana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo comprendido entre julio de 2008 y marzo de 2014. Se analizaron 34 muestras de drenaje/punción de glándula de Bartolino de mujeres entre 13 y 51 años que acudieron al Hospital Misericordia en el periodo mencionado. A las muestras enviadas se les realizó un frotis para su examen directo mediante la coloración de Gram y se las sembró en medios sólidos agar Chocolate con suplementos, agar selectivo para gonococos y agar cromogénico CPS (Biomerieux). También se inoculó una alícuota del material purulento en frascos de hemocultivos Bact-Alert (Biomerieux) aerobios y anaerobios para aumentar la recuperación. Los caldos que resultaron positivos se resembraron en sus respectivas atmósferas. No se investigó *Chlamydia trachomatis*.

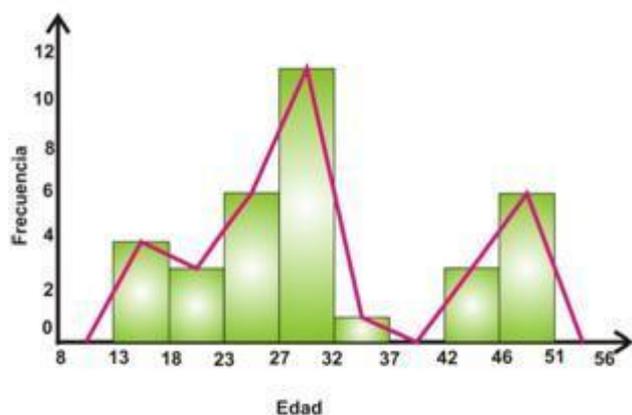
Incubación de placas: Los cultivos aeróbicos se incubaron en microaerofilia a 37°C por cinco días. Los cultivos en medio anaeróbico se sembraron en agar sangre de carnero al 5% y en medio selectivo y diferencial SNVS (Biomerieux). La atmósfera anaerobia se generó en jarra de anaerobiosis con sobres GENbox anaer (Biomerieux) y se incubaron a 37°C con observación hasta cinco días.

Identificación de organismos: Los organismos aeróbicos se identificaron por técnicas manuales convencionales o por sistema automatizado Vitek 2 (Biomerieux). Los microorganismos anaerobios se identificaron por sistema Api A (Biomerieux) e identificación presuntiva con tabletas Rosco.

RESULTADOS

Las edades de las pacientes que acudieron al hospital con diagnóstico de bartolinitis se encontraron entre 13 y 51 años con dos picos de mayor incidencia en el rango. (Figura I).

Figura I. Incidencia de Bartolinitis según la edad



Los aislamientos correspondieron a cocos gram positivos aerobios, *S. viridans* (n=8), *S. epidermidis* (n=5), *S. pneumoniae* (n=2). Entre los bacilos gram negativos *E. coli* (n=3) y se registró un aislamiento de *H. influenzae*. No hubo desarrollo de *N. gonorrhoeae*.

Tabla 1. Aislamientos bacterianos en 34 muestras de absceso

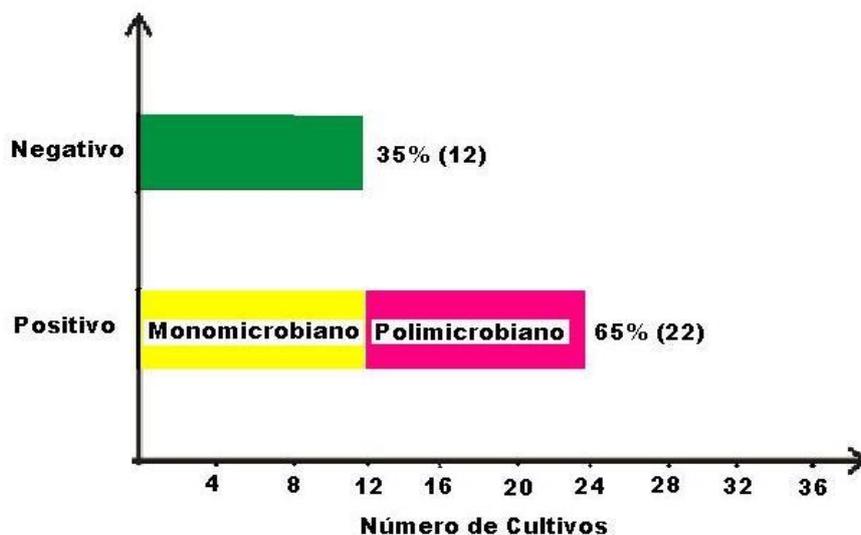
Prevalencia de microorganismos Aerobios (n=28)	%
<i>Comamonas testosteroni</i>	3,5
<i>Corynebacterium accolens</i>	3,5
<i>Escherichia coli</i>	11
<i>Enterococcus faecalis</i>	3,5
<i>Haemophilus influenzae</i>	3,5
<i>Oligella sp</i>	3,5
<i>Staphylococcus aureus</i>	3,5
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	18
<i>Staphylococcus hominis</i>	3,5
<i>Staphylococcus intermedius</i>	3,5
<i>Staphylococcus lugdunensis</i>	3,5
<i>Staphylococcus warneri</i>	3,5

<i>Streptococcus pneumoniae</i>	7
<i>Streptococcus viridans</i>	29

Prevalencia de microorganismos anaerobios (n=6)	%
<i>Bacteroides fragilis</i>	16,5
<i>Porphyromonas asacharolitica</i>	16,5
<i>Prevotella sp</i>	67

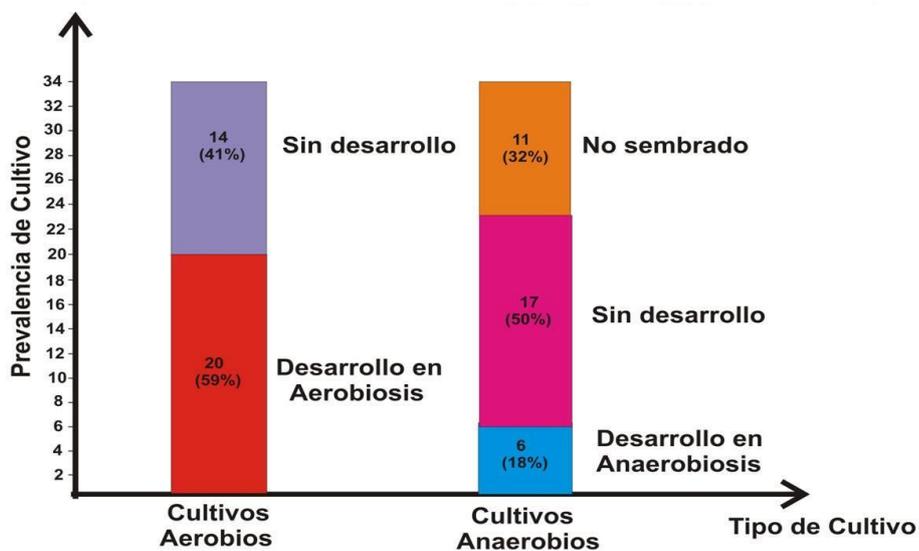
En 12 de las 34 muestras estudiadas no se produjo desarrollo microbiano. En las 22 restantes, la mitad de los aislamientos fueron polimicrobianos, 7 aerobios exclusivamente de los cuales sólo en un caso no se sembró en anaerobiosis y 4 con crecimiento aerobio y anaerobio. La otra mitad correspondió a aislamientos monomicrobianos que se distribuyeron en 9 aerobios, de los cuales 3 no fueron sembrados en anaerobiosis y 2 aislamientos fueron de microorganismos anaerobios únicamente. (Figura II)

Figura II. Índice de positividad de cultivos



Se analizó la prevalencia de desarrollo en aerobiosis y anaerobiosis, incluyendo aquellas muestras que no fueron sembradas en anaerobiosis por no ser remitidas en las condiciones adecuadas para tal siembra o por no poseer los medios anaerobios (Figura III).

Figura III. Prevalencia de desarrollo en Aerobiosis-Anaerobiosis.



Del total de pacientes que acudieron al Hospital se analizó si correspondieron a episodios de recurrencia o primer episodio, con los siguientes resultados (Figura IV).

Figura IV. Porcentaje de recurrencia de Bartolinitis



DISCUSION

Las infecciones de glándula de Bartolino son bastantes frecuentes (6,7), sin embargo la toma de muestra para cultivo no siempre se realiza. En muchos casos se drena el absceso sin remitir muestra a microbiología y en otros los abscesos no requieren drenaje y resuelven con el tratamiento antibiótico empírico (8). El rango etario de las pacientes estuvo entre 13 y 51 años, con mayor incidencia entre los 27 y 32 años. Se registró otro pico de incidencia a partir de los 46 años, probablemente debido a los cambios hormonales (12); sin embargo no hay suficiente bibliografía al respecto.

Un 65% de los cultivos fueron positivos, porcentaje que podría aumentar ajustando variables de toma, envío y conservación de muestras, principalmente para aumentar la recuperación de gérmenes anaeróbicos. Muchos estudios sugieren que las infecciones asociadas al tracto genital femenino, comúnmente involucran bacterias anaeróbicas (7,8,13,14). Hay que tener en cuenta que el 32% de las muestras no fue sembrado en anaerobiosis por falta de medios adecuados, generadores de atmósfera o porque las muestras no fueron remitidas en las condiciones que requiere esta siembra. A su vez, 17 muestras de la siembra anaeróbica no desarrollaron. Esto puede deberse, como se mencionó anteriormente, a la demora o mal transporte y conservación de las muestras.

En nuestro estudio se observa, dentro de las bacterias aeróbicas, mayor prevalencia de *S. viridans* (29%), *S. epidermidis* (18%) y *E. coli* (11%). Y en los gérmenes anaeróbicos, *Prevotella* sp se aisló con mayor frecuencia, datos que concuerdan con la bibliografía. Muchas de estas bacterias podrían ser considerados patógenos oportunistas (9,15); forman parte de la microbiota habitual de vagina (5,8), por lo que la desinfección de la piel y la toma de muestra en condiciones estériles son

muy importantes en la jerarquización de su rol etiológico (8). Es interesante el aumento en los aislamientos de microorganismos asociados a infecciones del tracto respiratorio superior (7,14-16). *S. pneumoniae* y *H. influenzae* se aislaron en un 7% y 4% respectivamente. Esto podría deberse a los hábitos sexuales (7,14). En ninguna de las muestras desarrolló *N. gonorrhoeae*, que como describe la bibliografía, la incidencia de microorganismos de transmisión sexual ha disminuido (5,7,13).

Las causas de cultivo negativo podrían ser la infección por *C. trachomatis* aunque esta bacteria es una causa rara de bartolinitis (7). También se deben tener en cuenta causas no infecciosas (3,6,17,18). En mujeres mayores de 40 años se recomienda realizar biopsia de la glándula (3,6).

Las infecciones polimicrobianas son muy frecuentes (1,3,7,19). En nuestro caso corresponden al 50% del total de las muestras positivas, con desarrollo aerobio-anaerobio o aerobio solamente. En concordancia con la bibliografía, el uso de antibióticos cubriendo anaerobios resultaría ventajoso en el tratamiento de la bartolinitis aguda (3,4,8).

La bartolinitis es una infección recurrente, dolorosa y en muchos casos incapacitante para el normal desenvolvimiento diario (3,6,18), por lo que un tratamiento antibiótico adecuado empírico inicial, acompañado de analgesia, alivia el malestar y resuelve más rápidamente la infección (3,5,10). En nuestro caso el porcentaje de recurrencias fue elevado, comparable con lo publicado (11,20). Por lo tanto, es importante resaltar y valorar el examen directo donde se puede observar microorganismos con morfología compatible con anaerobios. Esta es una herramienta útil, principalmente en los casos donde no se puede acceder a la siembra anaerobia. Esta implica un elevado costo, sumado a que el cultivo e identificación de estos microorganismos demora varios días. A su vez este es un dato importante en los casos de recurrencias a fin de elegir la terapia adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. Mandell, Bennett, Dolin. Enfermedades Infecciosas. Principios y Prácticas. Ed: Medica Panamericana. Vol. 1. 5º edición. 2002. p1488-1493.
2. Pinsky BA, Baron EJ, Janda JM, and Banaei N. Bartholin's abscess caused by hypermucoviscous *Klebsiella pneumoniae*. J. Med. Microbiol. 2009; 58: 671-673.
3. Hill A, Lense J. Office Management of Bartholin Gland Cysts and Abscesses. Am Fam Physician. 1998; 57:1611-16.
4. Dönmez ME, Özlu T, Yilmaz F and Ayaz E. *Enterobius vermicularis*: Can it be a possible pathogen in Bartholin gland abscess formation? J. Obstet. Gynaecol. Res. 2014; 40: 268-70.
5. Bhide A, Nama V, Patel S, Kalu E. Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland: Review of empirical antibiotic therapy against microbial culture. Gyneacol. 2010; 30: 701-3.
6. Rivas-Perdomo E. Quiste gigante de la glándula de Bartolino: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2010; 61: 353-8.
7. Parvathi S, Imara AS, Thoduka TG. Bartholinitis caused by *Streptococcus pneumoniae*: Case report and review of literature. Indian J. Pathol. Microbiol. 2009; 52: 265-6.
8. Mattila A, Miettinen A, Heinonen PK. Microbiology of Bartholin's Duct Abscess. Inf. Dis. Obstet. Gyneacol. 1994; 1: 265-8.
9. Tanaka K, Mikamo H, Ninomiya M, Tamaya T, Izumi K, Ito K, Yamaoka K, and Watanabe K. Microbiology of Bartholin's Gland Abscess in Japan. J. Clin. Microbiol. 2005; 43:4258-61.
10. Kessous R, Aricha-Tamir B, Sheizaf B, Shteiner N, Moran-Gilad J, Weintraub A. Clinical and Microbiological Characteristics of Bartholin Gland Abscesses. Obstet. Gyneacol. 2011; 118: 489-91.

11. Andersen G, Chistensen S, Detlefsen GU, Hansen PK. Treatment of Bartholin's abscess. Marsupialization versus incision, curettage and suture under antibiotic cover a randomized trial with a 6-months follow-up. 1994; 156: 1965-7.
12. Yuk JS¹, Kim YJ, Hur JY, Shin JH. Incidence of Bartholin duct cysts and abscesses in the Republic of Korea. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013; 122:62-4.
13. Wren MWD. Bacteriological findings in cultures of clinical material from Bartholin's abscess. *J. Clin. Pathol*. 1977; 30: 1025-27.
14. SingA, Roggenkamp A, Kress K, Autenrieth I, and Heesemann J. Bartholinitis Due to *Streptococcus pneumoniae*: Case Report and Review. 1998; 27: 1324-5.
15. Mikamo H, Tamaya T, Tanaka K, watanabe K. Two cases of Bartholin's gland abscesses caused by *Streptococcus pneumonia* and *Haemophilus influenzae*. *Jpn. J Antibiot*. 2005; 58: 375-81.
16. Casinl, LePors S, Felten A, Perol Y. Biotypes, serotypes, and susceptibility to antibiotics of 60 *Haemophylus influenzae* strains from genitourinary tracts. *Genit. Med*. 1988; 64: 185-8.
17. Yavuzcan A, Cengiz H, Yıldız G, Şam A, Yıldız P, Çelikbaş B. Endometriosis Presenting As Bartholin Gland Cyst. *Yavuzcanve Ark.Bartolin Kistive Endometriosis*. 2014;4:144-47.
18. Fiori E, Ferraro D, Borrini F, De Cesare A, Leone G, Crocetti A, Schillaci A. Bartholin's gland hyperplasia. Case report and a review of literature. *Ann Ital Chir* 2013; 84(ePub).
19. Brook I. Aerobic and anaerobic microbiology of Bartholin's abscess. *Surg. Gynecol. Obstet*. 1989; 196: 32-4.
20. Rouzier R, Azarian M, Plantier F, Constancis E, Haddad B, Paniel BJ. Unusual presentation of Bartholin's gland duct cysts: anterior expansions. *BJOG*. 2005; 112:1150-2.