Marsupialización - Bartholinectomía

Jaime Sanín Calderón M.D.*

Hasta hace poco tiempo y aún en la actualidad, cuando por un absceso o un quiste de la glándula de Bartholin era necesario practicar un tratamiento Quirúrgico, se recurría siempre a la extirpación total de la glándula, o a la Bartholinectomía.

Creemos que esta operación es en la mayoría de los casos innecesaria y que no está exenta de morbilidad. Varios Ginecólogos han venido practicando la Marsupialización con resultados satisfactorios siendo además esta operación más sencilla y más práctica.

En el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos, efectuamos el siguiente estudio en 62 casos que se presentaron durante el año de 1972 y los primeros meses del año anterior, queriendo con esto establecer comparación entre las operaciones que se practican sobre las glándulas de Bartholin en casos de quistes o abscesos, en busca de conclusiones que motivaran a los Ginecólogos a efectuar de rutina la Marsupialización y dejar la práctica de la Bartholinectomía, por considerar a esta última como innecesaria y llena de problemas.

Elaboramos el presente trabajo revisando las historias clínicas de los 62 casos que se presentaron, practicando un estudio juicioso en cada una de las pacientes, efectuando su control post operatorio, ejecutando personalmente la mayoría de las intervenciones y asistiendo a aquellas que fueron practicadas por médicos no pertenecientes a nuestro Departamento.

Hemos dividido este estudio en varios apartes que desde la Anatomía, la Fisiología, y la Patología va hasta las conclusiones, comentarios y otros aspectos de interés.

Instructor de Ginecología y Obstetricia
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Todas las pacientes fueron seleccionadas en la Consulta Externa de nuestro Hospital, y sus Historias Clínicas reposan en nuestro archivo.

Anatomía

Las Glándulas vulvovaginales, también denominadas glándulas de Bartholin, nombre del anatomista que las describió son glándulas mucíparas, que desembocan en el vestíbulo vulvar. Son las Glándulas vestibulares mayores de los anatomistas alemanes, en oposición a las pequeñas glándulas vestibulares o menores que existen en el revestimiento del vestíbulo. Las glándulas de Bartholin son, en la mujer, las homólogas de las glándulas de Cowper del hombre.

Generalidades

Son en número de dos, una derecha y otra izquierda, dispuestas simétricamente a cada lado del plano medio.

a) Situación: Se desarrollan en la parte postero-lateral del orificio vulvovaginal, entre este orificio y el isquion. Se hallan exactamente situadas a 1 cms. de la implantación del himen, a 2 ó 3 cms, borde libre de los labios mayores. Topográficamente están incluidas en la celda perineal inferior, entre la aponeurosis perineal inferior, que las separa de los tegumentos, y la aponeurosis perineal media, que las separa de la excavación pélvica.

b) Significación Morfológica. Las Glándulas vulvovaginales, relativamente pequeñas en la niña, aumentan de volumen en la edad de la pubertad, presentan su mayor desarrollo en la edad adulta y se atrofian luego gradualmente a medida que se extingue la actividad sexual. Estas formaciones glandulares tienen, pues, una significación puramente genital.

c) Dimensiones y peso. Su volumen en la

mujer adulta varía entre el de un guisante y el de una pequeña almendra, y a menudo es diferente en ambos lados. Su anchura es, por término medio, de 8 a 10 milímetros por 12 a 15 milímetros de longitud. Su peso es de 4 ó 5 gramos.

d) Color y consistencia. Las Glándulas de Bartholin presentan por lo regular una coloración grisacea amarillenta. Su consistencia varía naturalmente con su grado de repleción: duras, resistentes, elásticas cuando sus cavidades están distendidas por el líquido secretado, son, por el contrario, después de evacuado su contenido, blandas, flácidas y fácilmente depresibles.

Configuración exterior y Relaciones

Las Glándulas de Bartholin ofrecen a nuestra consideración la glándula propiamente dicha y su contenido excretorio.

A. Glándula propiamente dicha. Tiene la forma de un ovoideaplanado transversalmente. Presenta, por consiguiente: 1o. dos caras, dos bordes y dos extremos.

a) Caras. Las dos caras se distinguen en interna y externa. La cara interna, ligeramente cóncava, corresponde a la vagina, a la cual está unida por un tejido celular denso. La cara externa, más o menos convexa, se halla en relación: 1o. en su parte anterior, con el bulbo de la vagina, que cubre el constrictor de la vulva; el bulbo se excava a veces en forma de fosita para recibir la glándula. 2o. en su parte más posterior, más allá del bulbo de la vagina, con los fascículos arqueados del constrictor, que descansan directamente sobre ella en este punto. La Glándula de Bartholin se halla además en relación, por su lado externo, con venas voluminosas, con las ramas arteriales que le envía la arteria pudenda interna y con el ramo profundo de la rama perineal del nervio pudendo interno.

b) Bordes. Los dos bordes se distinguen a su vez en superior e inferior.

El borde superior corresponde al diafragma urogenital, o, mejor dicho a la aponeurosis perineal media. El borde inferior se halla en relación con el borde interno del músculo bulbocavernoso o constrictor de la vulva, que la cubre más o menos.

c) Extremos. De los dos extremos de la

glándula de Bartholin, uno es anterior y el otro posterior. El anterior se extiende casi hasta la parte media del orificio vaginal. Se halla cubierto por el bulbo. El extremo posterior corresponde al músculo transverso del perineo.

Conductoexcretor

El Conducto excretorio de la Glándula de Bartholin se separa de la glándula en su cara interna, muy cerca de su borde inferior. Tiene 2 milímetros de ancho por 1,5 a 2 centímetros de largo, y se dirige oblicuamente de arriba a abajo, de atrás adelante y de fuera adentro. Va a abrirse por un orificio redondo, en el surco que separa los pequeños labios del himen o de sus restos carunculares; se le encuentra ordinariamente en la parte media del extremo inferior de la vagina o en la unión de su tercio posterior con sus dos tercios anteriores. Este orificio, en general muy pequeño y muchas veces apenas visible, es, por el contrario, muy patente y suficientemente ancho en ciertos casos para que pueda introducirse por él un pequeño estilete. Observaciones de Martin y Léger, Lang y Trost han comprobado que el conducto excretor de las glándulas de Bartholin puede ser doble. Este conducto por el que la glándula evacúa su producto de secreción, puede ser recorrido en sentido inverso por gérmenes microbianos procedentes de la Vulva, que originan las inflamaciones de la glándula denominadas Bartholinitis, cuya causa es por lo común gonocócica.

Delmas, en un estudio preciso de la embriología de los G. de B., ha demostrado que el conducto excretor se abre desde los primeros meses en el seno urogenital. La Glándula alcanza un desarrollo casi completo desde el tercer mes. Se halla entonces en posición frontal y su conducto se abre entre el seno uretral por delante y el tubérculo de Muller por detrás. A continuación, por efecto del descenso del tubérculo y del desarrollo del botón genital, la glándula gira y se sitúa en sentido sagital, siempre en la pared del seno urogenital. Su conducto se acoda para seguir esta rotación, pero su orificio permanece situado en esta región, que más tarde será el surco ninfomimene

Constitución Histológica.

Las Glándulas de Bartholin tienen la misma estructura fundamental que sus homólogas en el hombre, las Glándulas de Cowper. Como estas últimas, pertenecen a la clase de glándulas arracimadas y, por este motivo, se descomponen en lobulillos y acinos. Son glándulas mucíparas. El conducto excretorio común está tapizado por un epitelio prismático que se convierte en pavimentoso estratificado en la proximidad del orificio exterior.

Los elementos glandulares están diseminados en una masa conjuntiva, relativamente desarrollada, que se continúa en la periferia de la glándula, con el tejido celular de la proximidad, y en cuyo espesor se encuentran numerosas fibras musculares lisas. Se encuentra también, en algunos puntos, fascículos estriados que dependen del músculo constrictor de la vulva.

Líquido Secretado.

El producto de la secreción de las glándulas de Bartholin es un líquido fluente, untuoso, incoloro y ligeramente opalino. Este líquido se vierte principalmente en el acto del coito y está destinado a lubricar los genitales externos.

Vasos y Nervios

Las arterias destinadas a las G de Bartholin proceden de la pudenda interna, sea directamente, sea por mediación de la arteria. Las venas, más o menos plexiformes, se dirigen en parte a las venas pudendas internas y en parte a los plexos venosos de la vagina y del Bulbo. Los linfáticos son aún poco conocidos: según ciertos autores son afe-rentes a los ganglios situados a los lados del recto; según otros como Bonnet y Brhuns, se dirigen a los ganglios de la ingle. Los nervios proceden de la rama perineal del nervio pudendo interno.

Enfermedades de la Glándula de Bartholin.

Como las glándulas de Bartholin se consideran a menudo elementos constitutivos de la vulva, suelen presentarse en ellas las siguientes entidades patológicas

Bartholinitis El germen causal más frecuente es el gonococo, aunque suelen encontrarse otros gérmenes tales como el colibacilo, *micrococcus catharralis*, *trichomonas*, etc. En

inflamación la glándula se pone turgente, dolorosa, edematizada, y al presionarla sobre el conducto deja escapar un exudado francamente purulento. Esto por lo regular sigue un curso crónico, la dermis suprayacente se enrojece y se vuelve mucho más sensible, siendo la forma terminal el absceso.

Bartholinitis crónica. O Adenitis de Bartholin, que persiste generalmente durante muchos años. La única manifestación suele ser un pequeño nódulo o abultamiento que se palpa por debajo de la porción posterior del labio mayor. Frecuentemente el curso de esta entidad se halla interrumpido por exacerbaciones agudas con reaparición de absceso una y otra vez.

En otros casos crónicos también, a consecuencia de la oclusión del conducto suele formarse quistes de la G, de B, que alcanzan tamaños hasta de un huevo.

Las modificaciones patológicas que se ven en la Bartholinitis crónica o en los quistes de las glándulas, corresponden a las de un inflamación crónica. El conducto principal está revestido de epitelio de transición mientras que una capa única de células aplanadas revisten las ramas menores. La inflamación intensa puede destruir todo el epitelio, y pueden demostrarse acini que secretan moco, casi siempre en los tejidos más profundos.

Tumores

El Ca. de las glándulas de Bartholin puede ser primario o secundario. El primero constituye una de las variedades del Ca. vulvar, aunque es mucho menos frecuente que los otros tipos. Por lo general aparece como Ca. de tipo plano, de transición o adenomatoso. El Ca. secundario puede producirse como resultado de metástasis de cánceres uterinos, ováricos o genitales; raramente se asocia al Ca. de los órganos extragenitales lejanos.

Otros tumores, tales como el sarcoma, el hipernefroma y el Corioepitelioma son poco frecuentes. La revista *Cáncer*, del 73 Vol 31 No. 1, incluye un estudio del Dr. Félix Ychang y col, y establece en orden de frecuencia para los Ca. de G, de B, los siguientes:

1o. Adenocarcinoma, 2o. Ca. de células escamosas y adenóide 3o. Ca. Quístico y 4o. muestra un estudio de un Adenocarcinoma asociado con enfermedad de Paget.

Tratamiento

Hasta el momento las inflamaciones de las Glándulas de Bartholin han tenido los siguientes métodos de curación:

Reposo, antibioterapia, calor o frío local, calmantes, incisión precóz. Esto mejora transitoriamente las condiciones de la paciente, pero nunca termina definitivamente con sus molestias. En la inflamación crónica y en los quistes se efectúa la Bartholinctomía. La marsupialización se ha usado para quistes sencillos y simples.

Sin embargo, en el estudio que hemos adelantado pudimos observar que es mayor la morbilidad en las Bartholinctomías, que la permanencia hospitalaria se alarga, que el costo es mucho mayor, que se presentan complicaciones, que el control post operatorio de estas pacientes fue difícil, e incluso su aspecto sicosexual se modificó hasta el punto de que algunas se quejaron de Dispareumia y problemas de índole conyugal.

Material y Métodos

Seleccionamos las pacientes objeto del presente estudio en la Consulta Externa del Hospital Universitario Lorencita Villegas de Santos, departamento de Ginecología, 62 en total, y una vez remitidos a la Junta Quirúrgica y estudiadas cuidadosamente y con todos los exámenes de laboratorios en orden, las distribuimos así:

A 38 se les practicó la Marsupialización. Entre estas se encontraban:

- 16 con Quistes de Glándula de Bartholin Izquierda.
- 10 con Abscesos de Glándula de Bartholin Izquierda.
- 4 con Abscesos de Glándula de Bartholin Derecha
- 8 con Quistes de Glándula de Bartholin Derecha.

A 24 se les destinó para serles practicada la Bartholinctomía y entre ellas había:

- 8 con Quistes de Glándula de Bartholin Izquierda.
- 6 con Abscesos de Glándula de Bartholin

lin Izquierda.

2 con Quistes de Glándula de Bartholin Derecha.

8 con Abscesos de Glándula de Bartholin Derecha.

La técnica usada fué la habitual para ambas intervenciones. Se usó anestesia general en 12 casos y anestesia peridural en 50 casos.

A todos y cada una de las pacientes se les practicaron exámenes completos de laboratorio.

En relación con la ubicación de la patología de Glándulas de Bartholin encontramos que predominaban los Quistes y abscesos en las izquierdas, teniendo una mayor incidencia los primeros.

En relación con la edad de las pacientes el mayor número de casos se observó de la cuarta década en adelante.

Se seleccionaron 38 multigestantes y 24 Nulíparas.

A 52 pacientes se les tomó una muestra del contenido de la cápsula, del quiste o del absceso y se enviaron muestras al laboratorio para procesarlas y determinar el germen encontrado.

Conclusiones:

Se presentan 62 casos entre Marsupializaciones y Bartholinctomías practicados en el Depto de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos, durante un lapso de 16 meses.

2. Las pacientes fueron tomadas de la Consulta Externa de mencionado servicio.
3. El diagnóstico se hizo por el examen directo de la paciente.
4. Las causas básicas de consulta fueron: a. Cuerpo extraño en la vagina. b. Dolor local. c. Edema de la vulva. d. Dispareumia.
5. Las edades de las pacientes oscilaron de los 20 a los 45 años.
6. 50 pacientes eran multíparas y 12 nulíparas

Edad	No. de casos	%	Motivo de Consulta	No.	Pacientes	%
20 - 24	3	4,84 $\mathcal{L}$	Cuerpo extraño	26	41,91	
25 - 29	9	14,51 $\mathcal{L}$	Dolor local	18	29,01	
35 - 39	7	11,28	Edema vulvar-Prurito	13	20,95	30 - 34
35 - 39	7	11,28 $\mathcal{L}$	Dispareunia	5	8,06	
40 - 44	35	56,42				
45 - 49	1	1,61 $\mathcal{L}$				
50 o más	—	$\mathcal{L}$				
Quistes G. de B. Izquierda	24		Marsupialización	16, Bartholietomía	8	Bartholinetomía
Abscesos G. de B. Izquierda	16		Marsupialización	10, Bartholietomía	6	Bartholinetomía
Quistes G. de B. Derecha	10		Marsupialización	8 Bartholietomía	2	Bartholinetomía
Abscesos G. de B. Derecha	12		Marsupialización	4 Bartholietomía	8	Bartholinetomía

Gráfica No. 1

7. Del grupo de pacientes en 10 se había practicado punciones repetidas en consultorios particulares; en 2 pacientes en 4 ocasiones y en otra en 11 oportunidades.
8. 40 casos correspondieron a Quistes o Abscesos de la Glándula de Bartholin izquierda y 22 a Quistes o Abscesos de Glándula de Bartholin derecha.
9. Las pacientes con Marsupialización respondieron excelentemente a su tratamiento.
10. A todas y cada una de las pacientes se les practicaron controles a las 4 semanas de intervenidas. Del grupo total de pacientes, 48 pacientes han retornado en los últimos meses al Hospital y hasta el momento no ha habido ninguna recidiva. De éstas últimas, 30 fueron sometidas a la Marsupialización 18 a la Bartholínectomía.
11. La anestesia usada fué General y Peridural.
12. El tiempo quirúrgico fué de 10 minutos en promedio para la Marsupialización y de 45 minutos para la Bartholínectomía.
13. El tiempo de permanencia hospitalaria fué de 1 día para la Marsupialización, y de 4 a 15 días para la Bartholínectomía.
14. En el post operatorio no se requirió ningún tratamiento especial para las pacientes con Marsupialización, y en el 100% las pacientes han abandonado el Hospital al día siguiente, y en ese mismo porcentaje ha habido ausencia absoluta de la más mínima morbilidad.
15. En las pacientes con Bartholínectomía se presentaron las siguientes complicaciones:
 - a. Una debió ser llevada a Cirugía tres horas después de intervenida por hemorragia intensa, y se comprobó que estaba lesionada la arteria prudenta interna; presentaba un hematoma post operatorio de los labios mayores que se abrió paso hacia arriba en el Monte de Venus y pared abdominal por debajo de la Fascia de Scarpa.
 - b. Otra presentó infección de la herida quirúrgica y debió ser tratada ampliamente con antibióticos, siendo su permanencia hospitalaria de varios días.
 - c. Dos más presentaron edema manifiesto del sitio operatorio y a ambas se les revisó encontrándose en el lecho quirúrgico gran cantidad de coágulos, por lo que debieron ser reintervenidos.
16. En quistes de gran tamaño se han reportado lesiones del intestino, pero nosotros no tuvimos afortunadamente estos problemas.
17. La Marsupialización puede hacerse incluso con anestesia local.
18. La cirugía por Marsupialización es en sí más sencilla y suprime muchas de las complicaciones resultantes de la Bartholínectomía.
19. Creo que es prudente conservar la función secretora de la Glándula, aunque algunos autores opinen diferente. A este respecto Te Linde nos ilustra diciendo que se suelen observar recidivas en un 10%, como consecuencia de la oclusión y fibrosis secundaria del orificio de comunicación vaginal. Sin embargo, pensamos que practicada una incisión más amplia que la acostumbrada se obvia este problema, y también que debemos esperar un tiempo más para constatar en estudios más amplios y en nuestro medio las conclusiones del Dr. Te Linde.
20. La Cirugía básicamente consiste en la incisión mucocutánea sobre el quiste o el absceso en forma amplia, en la divulgación de la cápsula, para proceder a efectuar un corte de ésta en su parte media, limpiar el orificio que ha quedado y unir el borde de la cápsula restante, evertiéndola con el borde mucocutáneo.
21. No se dejan drenes, ni se administran sustancia alguna local.

22. Se usó sutura de catgur cromado 00.
23. Se tomaron muestras en la mayoría de las pacientes y el germen aislado fué en su orden:
Gonococo en 26 casos
Colibacilo en 21 casos
Tricomonas en 5 casos
24. En los controles de todas y cada una de las pacientes se encontró cicatrización completa a las 4 semanas.
25. En las pacientes con Marsupialización no se recibió queja alguna en sus controles.
26. En las pacientes con bartholinectomía un caso acusó edema discreto y dolor en el control; 5 dolor persistente y 3 Dispareunia.

Se estudiaron sesenta y dos casos de patología de glándula de Bartholin observadas en pacientes de la Consulta Externa de ginecología del Hosp. Lorenzita V de Santos de Bogotá. A treinta y ocho se les practicó marsupialización y a las restantes o sea veinticuatro, se les practicó bartholinectomía. Las pacientes a quienes se les hizo marsupialización respondieron más rápida y favorablemente al tratamiento, observándose igualmente en ellas a un tiempo menor se incapacidad. Los casos sometidos a cirugía (bartholinectomía) presentaron complicaciones, que en orden de frecuencia fueron: edema vulvar, infección pos-quirúrgica y hemorragia subdermica con formación de grandes hematomas, todos casos en los cuales se retardó su curación. Se describen técnicas

Gráfica No. 2

Multigestantes	38-61.2%	Marsupialización	38 - 61.2%
Nulíparas	24-38.6%	Bartholinectomía	24 - 38.6%
Anestesia:			
General	72	Tiempo Quirúrgico Promedio	
Peridural	50	Marsupialización	10 min.
		Bartholinectomía	45 min.

Gráfica No. 3

Permanencia Hospitalaria	Casos	Días	%
Marsupialización	38	1	3.2
Bartholinectomía	15	4	12.9
	4	8	25.8
	3	3	9.7
	2	15	48.3
Controles	1 mes	Casos	C.M.
Marsupialización	38	todos	0
Bartholinectomía	24	todos	15
	3 meses y más		
Marsupialización	30	0	0
Bartholinectomía	18	0	0
Dolor persistente			
Dispareunia			
Edema discreto y dolor			

Gráfica No. 4

Gérmén Aislado	No. de Casos	%
Gonococo	26	41.9%
Colibacilo	21	33.8
Tricomonas	5	8.0
No estudiados	10	16.1
Complicaciones Post. Operatorio:		
Marsupialización:	Ninguna	
Bartholinectomía:	Ruptura Art. Pudenda Int.,	1
	Infección	1
	Hematoma	2
	Pacientes reintervenidas	3

empleadas y se aconseja además como conducta aquella que conserva la glándula la cual al facilitar la curación tendería a conservar una futura función glandular.

SUMMARY

Seventy two cases of Bartholin gland pathology observed in patients from the External Gynecology Examination of Bogotá's Hospital Lorencita Villegas de Santos, were studied. Marsupialización was practised to 38 of them and bartholinectreated by marsupialización rected more promptly and favorably to the treatment, and their incapacity period was lower. The cases submitted to sugery (bartholinectomy) had some complications, which, in order of frequency, were: vulvar edema, post-surgical infection, and subdermal bleeding forming big hematomas, all of which

wed down the patients cure. The techniques applied are described and it is advised to follow the method of preserving the gland, which would tend to keep a futher glandular function if the cure is eased.

BIBLIOGRAFIA

1. Novack - E.R. - Tratado de Ginecología, Interamericana México.
2. Testut A. Latarget. Anatomie humana. 6: 1.30 n/1.308-1940 Madrid.
3. Rushins. S. Tratado de Patología. Madrid 1942.
4. Yehanz F. et al. Cancer 73, 31: 221/225
5. Te. Linder R. Mattirgly, R. "Ginecología Operatoria 1:240 Interamericana México 1950
6. Greeahill. "Cirugía Ginecológica" Interamericana México 1961