

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LOS ABSCESOS DE
LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN Y SU MANEJO INTRAHOSPITALARIO”**

Por

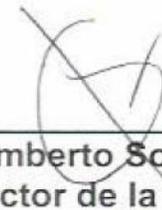
DR. OMAR TREVIÑO CAVAZOS.

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

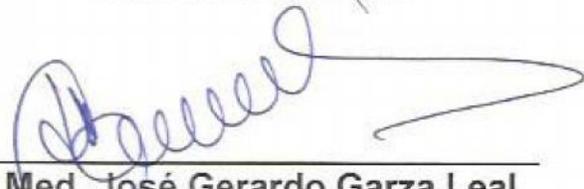
Febrero, 2022

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LOS
ABSCEOS DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN Y SU MANEJO
INTRAHOSPITALARIO”**

Aprobación de la tesis:



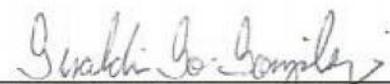
Dr. Med. Luis Humberto Sordia Hernández
Director de la tesis



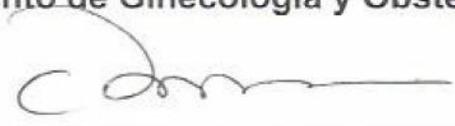
Dr. Med. José Gerardo Garza Leal
Jefe del Servicio de Ginecología



Dr. Abel Guzmán López
Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dra. S. Geraldina Guerrero González
Coordinadora de Investigación
Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mis padres y mis hermanos por todo su apoyo para continuar con mi formación, sobre todo cuando más ha pesado y me ayudan siendo mis guías y ejemplo para seguir.

A mis amigos y colegas por hacer más placentero este camino y haberme ayudado al diseño y desarrollo de este estudio.

A mi maestro el Dr. Luis Humberto Sordia, quien me brindó su confianza y me apoyó a lo largo de mi especialidad como maestro, tutor y director de tesis.

A todos mis maestros, que han estado en los momentos más importantes de mi formación y que me han transmitido sus conocimientos y experiencia a través de su enseñanza.

A mis compañeros que se han convertido en una familia para mí, con los que he compartido la mayor parte de mi tiempo y muchas experiencias en estos últimos 4 años, gracias por su apoyo.

A mis pacientes y múltiples servicios del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, que han sido los mejores libros y las mejores aulas de clase para crecer en este bello arte.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
Capítulo I	
1. RESÚMEN	1
Capítulo II	
2. ANTECEDENTES	3
Capítulo III	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
Capítulo IV	
4. JUSTIFICACIÓN	11
Capítulo V	
5. HIPÓTESIS	12
Capítulo VI	
6. OBJETIVO.....	13
Capítulo VII	
7. MATERIAL Y MÉTODOS	14
Capítulo VIII	
8. RESULTADOS	25

Capítulo IX	
9. DISCUSIÓN	37
Capítulo X	
10. CONCLUSIÓN	40
Capítulo XI	
11.BIBLIOGRAFÍA	42
Capítulo XII	
12. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	46
Capítulo XIII	
13.ANEXOS	47
Capítulo XIV	
14. ABSTRACT	49

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Variables evaluadas	17
2. Características demográficas de la población por recurrencia de absceso.....	26
3. Características demográficas comparadas por comorbilidades	28
4. Características del absceso de glándula de Bartholin comparado por recurrencia del absceso.....	31
5. Características del absceso de glándula de Bartholin comparado por comorbilidades.....	32
6. Incidencia bacteriana del absceso de glándula de Bartholin comparado por recurrencia del absceso.....	34
7. Características del absceso de glándula de Bartholin comparado por comorbilidades.....	35

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Fórmula de tamaño de muestra	15
2. Concordancia de poder	16

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOS: Anticonceptivos orales.

BLEE: Beta-lactamasas de espectro extendido.

C. trachomatis: *Chlamydia trachomatis*.

Cm: Centímetros.

CO₂: Dióxido de carbono.

DIU: Dispositivo Intrauterino.

DM: Diabetes Mellitus.

E. coli: *Escherichia coli*.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

IMC: Índice de Masa Corporal.

IVSA: Inicio de vida sexual activa.

Kg: Kilogramos.

Mm: Milímetros.

MRSA: Staphylococcus aureus resistente a la meticilina.

mcL: Microlitro.

N. gonorrhoea: *Neisseria gonorrhoea*.

TMP- SMX: Trimetoprim/Sulfametoxazol.

UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León.

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción: Las glándulas de Bartholin se encuentran en la región posterior de los labios mayores, su función es producir líquido seroso incoloro para lubricación del introito el cual se drena a través de los conductos de Bartholin hacia la salida vestibular, fuera del anillo himenal. El bloqueo o el daño previo a la salida pueden ocasionar acumulación de líquido, dilatación ductal, quiste ductal o formación de abscesos. Los quistes y abscesos de la glándula, son problemas comunes de la mujer en edad reproductiva, cerca del 2% de las mujeres desarrollaran este problema. La Bartholinitis es una inflamación aguda de la glándula de Bartholin, el conducto y la glándula están involucrados con reacción inflamatoria habitual. La infección puede ser cronificarse con exacerbaciones periódicas y formación de abscesos. El conducto puede sanar por fibrosis con cierre del orificio; esto conduce a la formación de quistes posterior, se pueden tratar con antibioticos y antiinflamatorios, que no reportan buenos resultados o pueden tratarse quirúrgicamente con marsupializacion y colocación de catéter de Word, con 17 a 25 % de recurrencia, por lo que es un tema de real importancia a estudiar.

Objetivo: Determinar principales características clínicas y microbiológicas en las pacientes con diagnóstico de absceso de glándula de Bartholin.

Material y métodos: Análisis retrospectivo, transversal y descriptivo de 105 expedientes de casos de abscesos de Bartholin ingresados y tratados en Hospital Universitario de la UANL, Monterrey, México, desde enero de 2015 hasta enero de 2020. Se incluyeron expedientes de pacientes de 18- 55 años, con diagnóstico de absceso de glándula de Bartholin y tratamiento intrahospitalario.

Resultados: No existió diferencia estadísticamente significativa en las características demográficas al comparar pacientes que presentaron recurrencia del absceso de Bartholin (n=16, 21.9%) contra aquellas sin recurrencia (n=57, 78.1%). En cuanto a las características del absceso, las pacientes sin recurrencia tenían una mayor proporción de absceso bilateral a diferencias de aquellas que tuvieron recurrencia (13% vs 2%, $P=0.018$). No hubo diferencias significativas en la microbiología, resistencia a antibioticoterapia o esquema de antibiótico utilizado entre grupos.

Conclusiones: Este estudio brinda las bases para una terapia empírica adaptada a la microbiología encontrada en los abscesos. En futuros estudios deberán de compararse diversos esquemas de antibioticoterapia y mejorar de esta manera los protocolos actuales de tratamiento del absceso de la glándula de Bartholin, con el objetivo de disminuir los días de estancia intrahospitalaria y la recurrencia de la enfermedad.

Palabras claves: Bartholin. Recurrencia. Absceso. Quiste. Antibioticoterapia.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES

Las glándulas de Bartholin se encuentran en la región posterior de los labios mayores, la función de las glándulas de Bartholin es producir continuamente líquido seroso incoloro para la lubricación del introito. Este líquido seroso se drena a través de los conductos de Bartholin hacia la salida vestibular, justo fuera del anillo himenal. Sin embargo, el bloqueo o el daño previo a la salida pueden ocasionar acumulación de líquido, dilatación ductal, quiste ductal o formación de abscesos. (1) (2)

Se adjunta a cada glándula un conducto de la glándula de Bartholin que tiene una longitud de 2 a 2.5 cm y se abre en el vestíbulo un poco más alto que las glándulas de Bartholin, en las posiciones de 4 y 8 en punto, entre el himen y los labios menores. Las glándulas y los conductos generalmente no son palpables en ausencia de enfermedad o infección.(2)

Los quistes y abscesos de la glándula de Bartholin, son problemas comunes de la mujer en edad reproductiva, cerca del 2 % de las mujeres desarrollaran quistes o abscesos de esta glándula. (3)

Los conductos de Bartholin son propensos a obstruirse en su orificio en el vestíbulo. El bloqueo del conducto puede ocurrir como resultado de una oclusión no infecciosa del ostium del conducto o de una infección y edema que comprime el conducto. Dicha obstrucción da como resultado una acumulación subsecuente de secreción con dilatación quística asociada del conducto. El contenido de un quiste de Bartholin no infectado es estéril, mucoso, transparente o translúcido, en general, solo hay una respuesta inflamatoria mínima dentro del tejido adyacente. (4)

La Bartholinitis es una inflamación aguda de la glándula de Bartholin, tanto el conducto como la glándula están involucrados y muestran la reacción inflamatoria habitual. El revestimiento del conducto se hincha y su orificio puede verse como una pequeña mácula roja congestionada, esto puede resolverse por completo, pero con frecuencia se forma un absceso y finalmente se descarga a través de la pared vaginal inferior. La infección a veces persiste en forma crónica con exacerbaciones periódicas y formación de abscesos. El conducto puede sanar por fibrosis con el cierre del orificio; Esto conduce a la formación de quistes posterior. (4)

Si un quiste se infecta a través de la exposición a bacterias patógenas, puede producirse un absceso del conducto o de la glándula de Bartholin. Los abscesos son 3 veces más comunes que los quistes, sin embargo, un quiste del conducto de Bartholin no siempre es un antecedente de un absceso del conducto de Bartholin. Un absceso puede contener uno o más de los siguientes patógenos: N gonorrea y / o C trachomatis (poco frecuente), Streptococcus faecalis,

Escherichia coli o S. aureus. Sin embargo, la mayoría de los abscesos de la glándula de Bartholin contienen flora vaginal polimicrobiana, incluidos los microbios anaerobios.(3)

Después de los 30 años tiende a haber una involución gradual de las glándulas de Bartholin, lo que explica la reducción de la frecuencia de estas patologías en este grupo etario. Su incidencia es mayor en los años reproductivos, especialmente entre los 20 y 29 años. (5)(6)

El absceso de la glándula de Bartholin puede desarrollarse como una infección primaria de la glándula o debido a una infección secundaria de un quiste de Bartholin. Un absceso se asocia con una reacción inflamatoria aguda dentro del estroma que rodea el conducto y un exudado purulento, presente dentro de la luz del absceso.(7)

La presentación típica del absceso de la glándula de Bartholin es dolor de leve a moderado e hinchazón que generalmente se agrava al caminar, sentarse y durante las relaciones sexuales.(8)

Los abscesos de la glándula de Bartholin se caracterizan por ser leves, moderados o severos. Un caso leve se define como infección purulenta sin respuesta sistémica, un absceso moderado se define como una infección purulenta con síntomas sistémicos (es decir, fiebre) y un caso grave se define como 1) una infección purulenta con síntomas sistémicos o 2) una incisión y drenaje fallidos que se trataron con antibióticos con presencia continua de síntomas sistémicos. Los abscesos de las glándulas tienden a ser muy dolorosos de moderados a severos, incluso hasta volverse incapacitante, se

desarrollan durante 2 a 4 días, son indurados, y generalmente miden de 4 a 5 cm, pero pueden alcanzar hasta 8 cm de diámetro. (2)

El examen ginecológico en una mujer con un absceso de la glándula de Bartholin a menudo revela una masa unilateral suave, esponjosa o fluctuante en el sitio del conducto de Bartholin, el tejido circundante puede estar tibio, sensible y eritematoso, puede presentar edema en los tejidos circundantes y linfadenopatía inguinal. En ocasiones puede notarse un drenaje espontáneo de color amarillento a verdoso en un punto específico que ha erupcionado en la piel por encima de un absceso. (9)

Una fiebre acompañante se asocia significativamente con una infección bacteriana anaeróbica. Es especialmente importante evaluar el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, que incluye 1) temperatura superior a 38 ° C o inferior a 36 ° C, 2) taquipnea superior a 24 respiraciones por minuto, 3) taquicardia superior a 90 latidos por minuto, o 4) recuento de glóbulos blancos de más de 12,000 o menos de 400 células por mL; La presencia de este síndrome indica tratamiento hospitalario con observación cercana de sepsis o fascitis necrotizante. (10)

Un cultivo no está indicado para hacer el diagnóstico definitivo de un quiste o absceso de glándula de Bartholin. Se recomiendan los cultivos en caso de realizar drenaje del absceso, especialmente para determinar si está presente MRSA, sin embargo, el tratamiento sin cultivos con antibióticos de amplio espectro es razonable.(9)(10)

La bacteriología del absceso de la glándula de Bartholin ha recibido poca atención, tal vez porque esta condición rara vez es una infección potencialmente mortal y generalmente no implica consideraciones terapéuticas complejas. (3)

El absceso de la glándula de Bartholin es causado principalmente por bacterias oportunistas y los patógenos típicos de transmisión sexual rara vez están involucrados en su patogenia. (11) .

Los estudios sobre las características microbiológicas del absceso de las glándulas de Bartholin no son concluyentes. Si bien los estudios anteriores sugirieron el dominio de los patógenos polibacterianos y las ETS, los estudios más recientes indican que *Escherichia coli* fue el patógeno más común con la creciente incidencia de estafilococos aureus resistentes a la meticilina (MRSA) y porcentajes más bajos de patógenos de las ETS. (3) (11)

El manejo de los quistes del conducto de Bartholin suele ser expectante, con medidas de comodidad destinadas a tratar la afección actual y prevenir la recurrencia. Las medidas de confort incluyen remojos cálidos y húmedos, analgésicos de venta libre, buena higiene y seguimiento en 2 a 4 días para determinar si el quiste se está resolviendo o si se está convirtiendo en un absceso. Las mujeres con quistes de Bartholin más grandes o abscesos en las glándulas pueden presentar dispareunia y dolor intenso, en tales casos, se puede ofrecer tratamiento quirúrgico.(2)

Los antibióticos están indicados para cualquiera de las siguientes situaciones:

1) abscesos del conducto o de la glándula que son moderados a severos, 2)

como complemento del tratamiento quirúrgico, 3) evidencia de inmunosupresión, 4) riesgo de MRSA, 5) infección sistémica (p. fiebre, sepsis), 6) celulitis, 7) ninguna mejoría clínica después de la incisión y el drenaje, y 8) embarazo. (12)

El tratamiento empírico que se utiliza suele ser diferente para abscesos moderados y severos, en abscesos moderados se utiliza TMP- SMX o Doxiciclina y se sugiere un régimen de 5 días, pero si el cuadro clínico no presenta mejoría se puede extender hasta 10 días y en casos de abscesos severos por lo general requieren antibioticoterapia intravenosa como Vancomicina, Daptomicina, Linezolid o Ceftaroline, además de requerir consulta por especialista en Infectología. (2)(3)

Las mujeres que están inmunocomprometidas deben ser ingresadas en un entorno de hospitalización para el tratamiento y la observación estrecha porque tienen un mayor riesgo de desarrollar celulitis o fascitis necrotizante.(2)

Los abscesos del conducto o la glándula de Bartholin tienen varias opciones de tratamiento quirúrgico de eficacia demostrada, que incluyen: 1) fistulización (creación de un nuevo conducto que se abre a través de la incisión y el drenaje, con la colocación de un catéter Word), 2) marsupialización (abriendo la lesión para mejorar la cicatrización) , o 3) extracción o destrucción de la glándula de Bartholin usando terapia con láser de CO2.(13)

La tasa de recurrencia para los quistes del conducto de Bartholin, el quiste ductal o los abscesos glandulares generalmente se define en la literatura como

la tasa de recurrencia dentro de un año después del tratamiento original.(13)
(14)

Las tasas de recurrencia difieren según el tipo original de tratamiento utilizado para tratar la lesión de Bartholin, con las tasas más bajas de recurrencia en aquellos tratados por destrucción de la glándula, ya sea por escisión quirúrgica tradicional o por láser de CO2.(14)

Se informa que las tasas de recurrencia de los quistes de Bartholin o los abscesos de las glándulas después de la incisión y el drenaje con la colocación de un catéter Word en comparación con la marsupialización varían del 2% al 17% y del 3% al 25%, respectivamente.(4)(15)

La marsupialización puede ser una mejor opción para aquellas mujeres que se presentan con quistes o abscesos recurrentes de las glándulas de Bartholin y que han tenido 1 o 2 episodios con incisiones y procedimientos de drenaje previos y la colocación de un catéter Word. (15)

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los quistes y abscesos de la glándula de Bartholin son problemas comunes en las mujeres dentro de la edad reproductiva, aproximadamente un 2 % de la población general presentarán abscesos o quistes de esta glándula, estos problemas son de real importancia ya que las pacientes presentan problemas psicosociales y refieren presentar sintomatología como dolor intenso e hinchazón que generalmente se agrava al caminar, sentarse y durante las relaciones sexuales, que puede ser incapacitante y disminuir su calidad de vida, en ocasiones puede llegar a provocar infecciones graves hasta presentar sepsis, además que pueden dejar secuelas posterior al tratamiento, estas pacientes se pueden tratar con medicamentos como son antibióticos y antiinflamatorios, a lo cual no reportan buenos resultados o pueden tratarse quirúrgicamente como sería la marsupialización y colocación de catéter de Word principalmente, a los que se ha visto que presentan de 17 a 25 % posibilidades de recurrencia, por lo que es un tema de real importancia estudiar la prevalencia en nuestro hospital y sus factores de riesgo, así como tipo de antibióticoterapia que se administra, microorganismos comunes y su resistencia a los antibióticos.

CAPÍTULO IV

JUSTIFICACION

Considerando que en nuestro medio el absceso de glándulas de Bartholin es motivo relativamente frecuente de consulta de urgencias sobre todo en mujeres de edad reproductiva y que parte de su historia natural implica la aparición de complicaciones, así como el riesgo de recurrencia, lo cual ejerce impacto negativo en la calidad de vida de estas pacientes; resulta de interés valorar y comparar las técnicas existentes para su abordaje y solución definitiva con la finalidad de mejorar la oferta terapéutica a este grupo específico de mujeres y con ello reducir costos para el sistema sanitario y conseguir una mejor administración de los recursos.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las principales características clínicas en pacientes con diagnóstico de absceso de glándula de Bartholin y que microorganismos están asociados a esta?

CAPÍTULO V

HIPÓTESIS

HIPOTESIS VERDADERA

Las características clínicas y microbiológicas del absceso de la glándula de Bartholin, varían dependiendo de las comorbilidades de cada paciente y la recurrencia del absceso de la glándula de Bartholin está asociada al procedimiento realizado, al tipo de microorganismo involucrado y al inadecuado manejo antibiótico empírico.

HIPOTESIS NULA

Las características clínicas y microbiológicas no varían en paciente con diferentes comorbilidades y la recurrencia del absceso de la glándula de Bartholin posterior a realizar tratamiento no se encuentra asociada al tipo de microorganismo involucrado o al inadecuado manejo antibiótico empírico.

CAPÍTULO VI

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Determinar las principales características clínicas y microbiológicas en las pacientes con diagnóstico de absceso de la glándula de Bartholin.

Objetivos secundarios

- Determinar la incidencia de absceso de glándula de Bartholin
- Determinar microorganismos más comúnmente asociados con absceso de glándula de Bartholin.
- Determinar sensibilidad y resistencia antibiótica hacia estos microorganismos
- Determinar recurrencia y causas de esta

CAPÍTULO VII

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio es un análisis retrospectivo transversal descriptivo de todos los expedientes de casos de abscesos de Bartholin ingresados y tratados en el Hospital Universitario de la UANL, Monterrey, México, desde enero de 2015 hasta enero de 2020. Se incluyeron expedientes de pacientes de 18- 55 años, con diagnóstico de absceso de glándula de Bartholin y tratamiento intrahospitalario. Se excluyeron expedientes de pacientes con quiste de la glándula de Bartholin y/o absceso vulvar no asociado a glándula de Bartholin.

METODOLOGIA

Se revisaron expedientes de pacientes tratadas intrahospitalariamente con diagnóstico de absceso de glándula de Bartholin, entre el periodo que comprende de enero de 2015 a enero de 2020.

Se almacenaron los datos recabados en un archivo de Excel, se

agruparon pacientes por edad, características clínicas, factores de riesgo asociados, por patógenos reportados en cultivo de absceso de Bartholin, sensibilidad y resistencias antimicrobianas y por recurrencias de absceso de Bartholin.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra a partir de una fórmula de estimación de una proporción a partir de una población finita, estimando una cantidad de 150 expedientes de pacientes disponibles en los últimos 5 años con absceso de glándula de Bartholin, con una incidencia estimada del 2% de abscesos de glándula de Bartholin, una precisión del 1%, un poder del 95% y un nivel de significancia a una cola del 0.05, se requieren al menos 177 expedientes de pacientes en el estudio.

Figura1. Fórmula de tamaño de muestra

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA					
$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$					
		al cuadrado	P x Q	N - 1	
valor N	150			149	
valor Z	1.64	2.6896			
valor P	0.02			n=	116.945772
valor Q	0.98		0.0196		
valor d	0.01	0.0001			

N= Total de la población.

p= Proporción esperada de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio).

= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z = distancia de la media del valor de significación propuesto.

Figura 2. Concordancia de poder

Poder (1-β) %	Valor Z	Nivel de significación (α)	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

PLAN ANALISIS DE DATOS

En la estadística descriptiva se reportan frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se reportan medidas de tendencia central y dispersión (media y mediana, desviación estándar, rango intercuartilico).

Se evaluó la distribución de la muestra por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se compararon variables cualitativas por medio de la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Se analizaron regresiones logísticas binarias para

calcular razón de momios con intervalos de confianza del 95%. Se consideró significativo el valor de p menor a 0.05. Se utilizó el paquete SPSSv20 (Amonk, New York, USA).

DEFINICION DE VARIABLES

TABLA 1. Definición y Operacionalización de las variables.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Sociodemográficos.					
Edad	Independiente	Tiempo/años de vida.	Años cumplidos al momento de realizarse diagnóstico.	Numérica. Cuantitativa a Discreta.	Expediente clínico.
Estado civil.	Independiente	Estado civil de la paciente.	1-. Soltera. 2-. Casada. 3-. Unión libre. 4-. Viuda. 5-. Divorciada.	Catagórica. Cualitativa Politómica. Nominal.	Expediente clínico.
Escolaridad.	Independiente	Grado máximo de estudio de la paciente.	1-. Analfabeta. 2-. Primaria. 3-. Secundaria. 4-. Preparatoria. 5-. Técnica. 6-. Licenciatura. 7-. Posgrado.	Catagórica Cualitativa Politómica Ordinal.	Expediente clínico.
Lugar de	Independiente.	Municipio de	1-. Monterrey.	Catagórica	Expediente

residencia.		residencia.	2-. Guadalupe. 3-. Santa Catarina. 4-. San Pedro Garza García. 5-. García. 6-. San Nicolás de los Garza. 7-. Apodaca. 8-. General Escobedo. 9- otro.	Cualitativa Politómica Nominal.	clínico.
Ocupación.	Independiente.	Actividad o trabajo de la paciente.	1-. Hogar. 2-. Estudiante. 3-. Empleada. 4-Desempleada. 5-. Otros.	Categoría Cualitativa Politómica Nominal.	Expediente clínico.
Somatometría.					
Índice de masa corporal.	Independiente.	Índice que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. IMC= Peso (Kg)/ Estatura (Metros) al cuadrado.	Índice de masa corporal, calculado con la siguiente fórmula: IMC= Peso entre Estatura al cuadrado. Kg/mts ² .	Numérica. Cuantitativa Continua.	Expediente clínico.
Antecedentes Ginecobstétricos.					
Inicio de vida sexual activa	Independiente.	Edad en la que la paciente	Años cumplidos al momento de primera relación sexual.	Numérica cuantitativa discreta.	Expediente clínico.

		sostuvo su primera relación sexual.			
Compañeros sexuales	Independiente.	Número de parejas sexuales que ha tenido la paciente incluyendo actual.	Cantidad de parejas sexuales.	Numérica cuantitativa continua.	Expediente clínico.
Paridad.	Independiente.	Cantidad de embarazos (gestaciones), incluyendo la actual.	Cantidad de embarazos previos.	Numérica. Cuantitativa a Discreta.	Expediente clínico.
Partos.	Independiente.	Cantidad de partos.	Cantidad de partos previos.	Numérica. Cuantitativa a Discreta.	Expediente clínico.
Cesáreas.	Independiente.	Cantidad de cesáreas.	Cantidad de cesáreas previas.	Numérica. Cuantitativa a Discreta.	Expediente clínico.
Abortos	Independiente.	Cantidad de abortos.	Cantidad de abortos previos.	Numérica. Cuantitativa a Discreta.	Expediente clínico.
Ectópicos	Independiente.	Cantidad de embarazos ectópicos.	Cantidad de embarazos ectópicos previos.	Numérica. Cuantitativa a	Expediente clínico.

				Discreta	
Método de planificación familiar	Independiente.	Método de planificación familiar actual	Método planificación familiar: 1-. Ninguno. 2-. Preservativo 3-. ACOS. 4-. DIU. 5-. Definitivo.	Catagórica. Cualitativa Politómica. Nominal	Expediente clínico.
Menopausia	Independiente	La paciente presenta más de 1 año de amenorrea.	Menopausia: 1- Si 2- No	Catagórica Cualitativa Dicotómica Nominal	Expediente clínico
Enfermedades de transmisión sexual	Independiente.	Enfermedad de transmisión sexual.	Antecedente de Enfermedad transmisión sexual: 1- Si 2- No	Catagórica Cualitativa Dicotómica Nominal.	Expediente clínico.
Características Clínicas					
Tamaño del absceso	Dependiente	Tamaño del absceso de glándula de bartholin medido en área.	Tamaño del absceso medido por área.	Numérica Cuantitativa Discreta	Expediente clínico
Lateralidad del absceso.	Dependiente	Lateralidad del absceso de glándula bartholin	Lado del absceso: 1-. Derecho 2-. Izquierdo	Catagórica Cualitativa Dicotómica Nominal.	Expediente clínico
Fiebre	Dependiente	Presencia de temperatura igual o mayor	Fiebre: 1- Si 2- No	Catagórica Cualitativa Dicotómica	Expediente clínico

		38°C a su ingreso		Nominal.	
Leucocitosis	Dependiente	Presencia de glóbulos blancos mayor a 11,000	Leucocitosis: 1- Si 2- No	Categoría Cualitativa Dicotómica Nominal.	Expediente clínico
Días con sintomatología	Dependiente	Cantidad de días con síntomas.	Cantidad de días que presento síntomas, previo al ingreso.	Numérica Cuantitativa Discreta	Expediente clínico
Días de estancia intrahospitalaria	Dependiente	Cantidad de días de estancia en el hospital.	Cantidad de días de estancia intrahospitalaria	Numérica Cuantitativa Discreta	Expediente clínico
Tratamiento antimicrobiano	Dependiente	Tratamiento antimicrobiano que se administró	Esquema antimicrobiano: 1- Doxiciclina /metronidazol 2- Clindamicina /gentamicina 3- TMP/SMX 4- Doxiciclina 5- Otro	Categoría Cualitativa Politémica Nominal	Expediente clínico
Tratamiento quirúrgico.	Dependiente	Tipo de tratamiento quirúrgico que se realizó	Tipo de tratamiento: 1- Drenaje 2- Marsupialización 3- Exceresis	Categoría Cualitativa Politémica Nominal	Expediente clínico

Complicaciones quirúrgicas.	Dependiente	Si hubo complicación durante procedimiento invasivo	Complicaciones: 1- Si 2- No	Categoría Cualitativa Dicotómica Nominal.	Expediente clínico
Recurrencia	Dependiente	Si presento mismo diagnóstico antes del año de tratamiento.	Recurrencia: 1- Si 2- No	Categoría Cualitativa Dicotómica Nominal.	Expediente clínico
Reintervención	Dependiente	Se realizó reintervención antes del año de tratamiento.	Reintervención: 1- Si 2- No	Categoría Cualitativa Dicotómica Nominal.	Expediente clínico
Características microbiológicas					
Cultivo positivo	Dependiente	La presencia de cultivo que reporta algún microorganismo.	Cultivo positivo: 1- Si 2- No	Categoría Cualitativa Dicotómica Nominal.	Expediente clínico
Microorganismo cultivado	Dependiente	Microorganismos reportados en cultivo del absceso de glándula Bartholin.	Microorganismos: 1. Escherichia Coli 2. Staphylococcus 3. Streptococcus 4. Klebsiella Pneumoniae 5. Proteus	Categoría Cualitativa Politémica Nominal	Expediente clínico

			Mirabilis 6. Gardenella vaginallis 7. Bacteroides 8. Candida 9. Corynebact erium 10. Polimicrobia no		
Resistencia a los antibióticos	Dependiente	Resistencia hacia los antibióticos probados en antibiograma	Resistencia: 1- Si 2- No	Categórica Cualitativa Dicotómica . Nominal.	Expediente clínico

ASPECTOS ÉTICOS.

1. Los procedimientos de este estudio se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Buenas Prácticas Clínicas (GPC en inglés) y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes Principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.

b. El protocolo fue sometido a evaluación por el Comité de Investigación y Comité de Ética del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Clave de registro: GI20-00024

c. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.

d. La publicación de los resultados de esta investigación preservará la exactitud de los resultados obtenidos.

2. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nüremberg, y el Informe Belmont.

CAÍTULO VIII

RESULTADOS

Durante el período de 2015 a 2020 se revisaron un total de 105 expedientes disponibles clasificados con diagnóstico de absceso de glándula de Bartholin. Posterior a la revisión extensa de los expedientes, finalmente 73 pacientes con diagnóstico definitivo de absceso de la glándula de Bartholin fueron analizados e incluidos en el estudio. Las principales causas de exclusión de expedientes fueron diagnóstico final de quiste de glándula Bartholin y abscesos de vulva no asociados a la glándula de Bartholin.

Características demográficas de la población.

En la tabla 1 y 2 se describen las características demográficas de la población. La media de edad de las pacientes fue de 31 ± 11 años, estado civil principalmente en unión libre (38%) o casadas (29%), con escolaridad secundaria (47%) y preparatoria (27%) en su mayoría, resultando la principal ocupación el hogar (59%). La media de índice de masa corporal (IMC) fue de $26.27 \pm 8.34 \text{ kg/m}^2$, con una media de inicio de vida sexual a los 18 ± 3 años y una media de 2.59 ± 2.63 compañeros sexuales. La mayoría de las pacientes no utilizaban ningún método de planificación familiar (41%). El número promedio de embarazos por paciente fue de 2.15 ± 1.42 , con 0.63 ± 1.12 partos,

0.97 ± 0.99 cesáreas y 0.32 ± 0.99 abortos. Al momento del internamiento, 4 (5%) pacientes se encontraban en menopausia y 18 (25%) presentaban embarazo. Con respecto a las comorbilidades, 8 (11%) de las pacientes padecían diabetes mellitus (DM) y 3 (4%) hipertensión arterial sistémica (HAS). Solo una paciente reportó la presencia de enfermedad de transmisión sexual.

Análisis por recurrencia del absceso

No se registró diferencia estadísticamente significativa en las características demográficas al comparar las pacientes que presentaron recurrencia del absceso de Bartholin (n=16, 21.9%) contra aquellas sin recurrencia (n=57, 78.1%). En cuanto a las características del absceso, las pacientes que no presentaron recurrencia tenían una mayor proporción de absceso bilateral a diferencias de aquellas que tuvieron recurrencia (13% vs 2%, $P=0.018$). No hubo diferencias significativas en la microbiología, resistencia a antibioticoterapia o esquema de antibiótico utilizado entre ambos grupos.

Tabla 2. Características demográficas de la población por recurrencia de absceso.*

	Total n = 73	Recurrencia del Absceso		P valor
		No n = 57 (78.1)	Sí n = 16 (21.9)	
Edad, años	31 (±11)	31 (±10)	30 (±12)	0.513
Estado civil				
Soltera	21 (29)	17 (30)	4 (25)	0.422
Casada	21 (29)	14 (25)	7 (44)	
Unión Libre	28 (38)	23 (40)	5 (31)	
Divorciada	3 (4)	3 (5)	0 (0)	
Escolaridad				
Primaria	12 (16)	12 (21)	0 (0)	0.189
Secundaria	34 (47)	27 (47)	7 (44)	
Preparatoria	20 (27)	13 (23)	7 (44)	
Licenciatura	6 (8)	4 (7)	2 (13)	
Posgrado	1 (1)	1 (2)	0 (0)	
Ocupación				
Hogar	43 (59)	35 (61)	8 (50)	0.281

Estudiante	1 (1)	1 (2)	0 (0)	
Empleada	26 (36)	19 (33)	7 (44)	
Desempleada	2 (3)	2 (4)	0 (0)	
Otros	1 (1)	0 (0)	1 (6)	
Peso, kg	67 (± 18.7)	67.2 (± 19.3)	66.2 (± 16.8)	0.836
IMC kg/m ²	26.27 (± 8.34)	26.89 (± 8.17)	24.07 (± 8.86)	0.158
IVSA	18 (± 3)	18 (± 3)	18 (± 3)	0.58
CS	2.59 (± 2.63)	2.33 (± 1.61)	4 (± 5)	0.819
Método de planificación familiar				
Ninguno	30 (41)	25 (44)	5 (31)	0.235
Preservativo	11 (15)	7 (12)	4 (25)	
ACOS	8 (11)	7 (12)	1 (6)	
DIU	9 (12)	5 (9)	4 (25)	
Definitivo	15 (21)	13 (23)	2 (13)	
Paridad	2.15 (± 1.42)	2.28 (± 1.42)	1.69 (± 1.35)	0.15
Partos	0.63 (± 1.12)	0.68 (± 1.23)	0.44 (± 0.63)	0.89
Cesáreas	0.97 (± 0.99)	1.04 (± 1.02)	0.75 (± 0.86)	0.33
Abortos	0.32 (± 0.68)	0.3 (± 0.57)	0.38 (± 1.02)	0.45
Embarazo Ectópico				
Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NA
No	73 (100)	57 (100)	16 (100)	
Menopausia				
Sí	4 (5)	2 (4)	2 (13)	0.163
No	69 (95)	55 (96)	14 (88)	
Embarazo				
Sí	18 (25)	16 (28)	2 (13)	0.202
No	55 (75)	41 (72)	14 (88)	
Diabetes Mellitus				
Sí	8 (11)	6 (11)	2 (13)	0.737
No	65 (89)	51 (89)	14 (88)	
Hipertensión arterial				
Sí	3 (4)	3 (5)	0 (0)	0.349
No	70 (96)	54 (95)	16 (100)	
Enfermedad de transmisión sexual				
Sí	1 (1)	1 (2)	0 (0)	0.594
No	72 (99)	56 (98)	16 (100)	

*Se presentan los datos en media, (desviación estándar), n (proporción), a menos que se indique lo contrario. IMC, índice de masa corporal; IVSA, inicio de vida sexual activa; CS, compañeros sexuales, ACOS, anticonceptivos orales.

Análisis por comorbilidades.

Las pacientes con DM presentaban mayor edad (44 ± 11 vs 29 ± 9 ; $P=0.003$), mayor IMC (33.85 ± 18.7 vs 25.34 ± 5.65 ; $P=0.036$) y mayor incidencia en cuanto a estatus en menopausia (25% vs 3%; $P=0.01$) al compararlas con pacientes sin DM. Así mismo las pacientes con DM cursaron con más días de estancia intrahospitalaria (2.25 ± 0.71 vs 2.03 ± 1.05 ;

$P=0.033$). No hubo diferencias significativas en la recurrencia del absceso, microbiología, resistencia a antibioticoterapia o esquema de antibiótico utilizado entre las pacientes con y sin DM. En cuanto al manejo quirúrgico del absceso, a ninguna de las pacientes con DM se le realizó exéresis (0% vs 9%, $P=0.032$).

Las pacientes con HAS presentaban mayor IMC al compararlas con pacientes sin HAS (42.46 ± 18.04 vs 25.58 ± 7.16 ; $P=0.031$). No hubo diferencias significativas en las características clínicas, recurrencia del absceso, microbiología, resistencia a antibioticoterapia o esquema de antibiótico utilizado entre las pacientes con y sin HAS.

Tabla 3. Características demográficas comparado por comorbilidades.*

	Total n = 73	Diabetes Mellitus		P valor	Hipertensión Arterial		P valor
		No n = 65 (89.1)	Si n = 8 (10.9)		No n = 70 (95.9)	Si n = 3 (4.1)	
Edad, años	31 (± 11)	29 (± 9)	44 (± 11)	0.00 3	31 (± 11)	30 (± 12)	0.86 5
Estado civil							
Soltera	21 (29)	21 (32)	0 (0)	0.19 7	21 (30)	0 (0)	0.17 0
Casada	21 (29)	17 (26)	4 (50)		21 (30)	0 (0)	
Unión Libre	28 (38)	24 (37)	4 (50)		25 (36)	3 (100)	
Divorciada	3 (4)	3 (5)	0 (0)		3 (4)	0 (0)	
Escolaridad							
Primaria	12 (16)	10 (15)	2 (25)	0.86 1	11 (16)	1 (33)	0.91 0
Secundaria	34 (47)	30 (46)	4 (50)		33 (47)	1 (33)	
Preparatoria	20 (27)	18 (28)	2 (25)		19 (27)	1 (33)	
Licenciatura	6 (8)	6 (9)	0 (0)		6 (9)	0 (0)	
Posgrado	1 (1)	1 (2)	0 (0)		1 (1)	0 (0)	
Ocupación							
Hogar	43 (59)	38 (59)	5 (63)	0.97 1	41 (59)	2 (67)	0.99 5
Estudiante	1 (1)	1 (2)	0 (0)		1 (1)	0 (0)	
Empleada	26 (36)	23 (35)	3 (38)		25 (36)	1 (33)	
Desempleada	2 (3)	2 (3)	0 (0)		2 (3)	0 (0)	
Otros	1 (1)	1 (2)	0 (0)		1 (1)	0 (0)	
Peso, kg	67 (± 18.7)	63.4 (± 12)	96.1 (± 34.1)	0.00 4	65.4 (± 15.1)	105.3 (± 49.1)	0.03 1
IMC kg/m ²	26.27 (± 8.34)	25.34 (± 5.65)	33.85 (± 18.73)	0.03 6	25.58 (± 7.16)	42.46 (± 18.04)	0.01 2

IVSA	18 (±3)	18 (±3)	19 (±3)	0.62 6	18 (±3)	17 (±2)	0.67 0
CS	2.59 (±2.63)	2.69 (±2.77)	1.75 (±0.71)	0.39 7	2.63 (±2.68)	1.67 (±0.58)	0.60 7
Método de planificación familiar							
Ninguno	30 (41)	26 (40)	4 (50)	0.41 8	29 (41)	1 (33)	0.63 0
Preservativo	11 (15)	11 (17)	0 (0)		11 (16)	0 (0)	
ACOS	8 (11)	7 (11)	1 (13)		7 (10)	1 (33)	
DIU	9 (12)	9 (14)	0 (0)		9 (13)	0 (0)	
Definitivo	15 (21)	12 (18)	3 (38)		14 (20)	1 (33)	
Paridad	2.15 (±1.42)	2.06 (±1.4)	2.88 (±1.46)	0.11 0	2.13 (±1.42)	2.67 (±1.53)	0.51 6
Partos	0.63 (±1.12)	0.6 (±1.16)	0.88 (±0.83)	0.12 2	0.64 (±1.14)	0.33 (±0.58)	0.84 4
Cesáreas	0.97 (±0.99)	0.92 (±0.96)	1.38 (±1.19)	0.25 1	0.96 (±0.98)	1.33 (±1.15)	0.51 6
Abortos	0.32 (±0.68)	0.28 (±0.63)	0.63 (±1.06)	0.24 5	0.3 (±0.69)	0.67 (±0.58)	0.32 9
Embarazo Ectópico							
Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NA	0 (0)	0 (0)	NA
No	73 (100)	65 (100)	8 (100)		70 (100)	3 (100)	
Menopausia							
Sí	4 (5)	2 (3)	2 (25)	0.01 0	4 (6)	0 (0)	0.67 0
No	69 (95)	63 (97)	6 (75)		66 (94)	3 (100)	
Embarazo							
Sí	18 (25)	18 (28)	0 (0)	0.08 6	17 (24)	1 (33)	0.72 2
No	55 (75)	47 (72)	8 (100)		53 (76)	2 (67)	
Diabetes Mellitus							
Sí	8 (11)	-	-	-	7 (10)	1 (33)	0.20 5
No	65 (89)	-	-		63 (90)	2 (67)	
Hipertensión arterial							
Sí	3 (4)	2 (3)	1 (13)	0.20 5	-	-	
No	70 (96)	63 (97)	7 (88)		-	-	
Enfermedad de transmisión sexual							
Sí	1 (1)	1 (2)	0 (0)	0.72 4	1 (1)	0 (0)	0.83 5
No	72 (99)	64 (98)	8 (100)		69 (99)	3 (100)	

*Se presentan los datos en media, (desviación estándar), n (proporción), a menos que se indique lo contrario. IMC, índice de masa corporal; IVSA, inicio de vida sexual activa; CS, compañeros sexuales, ACOS, anticonceptivos orales.

Abscesos de la glándula de Bartholin

Un total de 16 (21.9%) de las 73 pacientes con absceso de la glándula de Bartholin fueron clasificadas como recurrencia del absceso. La media de tamaño de los abscesos fue de 24.89 ± 16.35 mm, con una distribución de lateralidad equivalente. Solo 3% de los abscesos fueron bilaterales. En cuanto al cuadro clínico, 8% de las pacientes presentaron fiebre, sin embargo 49% presentaron leucocitosis. La media de tiempo de sintomatología previo a atención médica fue de 6.84 ± 6.9 días, con una media de 2.05 ± 1.01 de días de estancia intrahospitalaria. El principal esquema de antibioticoterapia utilizado fue Clindamicina/Gentamicina (55%) seguido de Doxiciclina/Metronidazol (27%) y Cefalexina (10%).

La principal técnica de tratamiento quirúrgico utilizada fue marsupialización (81%), seguido de drenaje (11%) y exéresis (8%). Ninguna de las pacientes presentó complicaciones quirúrgicas. Un total de 16 (21.9%) de las pacientes presentó recurrencia de la enfermedad, de las cuales 13 (81.5%) requirieron reintervención quirúrgica; 9 (69.2%) pacientes fueron tratadas por drenaje (7 pacientes recibieron antibioticoterapia) y el resto por marsupialización. Solo una paciente con recurrencia fue tratada con antibioticoterapia exclusivamente.

Tabla 4. Características del absceso de glándula de Bartholin comparado por recurrencia del absceso.*

	Total	Recurrencia del absceso		<i>P valor</i>
	n = 73	No n = 57 (78.1)	Sí n = 16 (21.9)	
Tamaño del absceso, mm	24.89 (±16.35)	25.81 (±16.53)	21.63 (±15.78)	0.224
Lateralidad				
Derecho	38 (52)	29 (51)	9 (56)	0.018
Izquierdo	33 (45)	28 (49)	5 (31)	
Bilateral	2 (3)	0 (0)	2 (13)	
Fiebre				
Sí	6 (8)	5 (9)	1 (6)	0.746
No	67 (92)	52 (91)	15 (94)	
Leucocitosis				
Sí	36 (49)	29 (51)	7 (44)	0.614
No	37 (51)	28 (49)	9 (56)	
Días con sintomatología	6.84 (±6.9)	6.42 (±6.3)	8.31 (±8.79)	0.824
Días EIH	2.05 (±1.01)	2.11 (±1.11)	1.88 (±0.5)	0.313
Antibioticoterapia				
Doxiciclina/ Metronidazol	20 (27)	16 (28)	4 (25)	0.822
Clindamicina/Gentamicina	40 (55)	31 (54)	9 (56)	
Doxiciclina/Clindamicina	5 (7)	3 (5)	2 (13)	
Cefalexina	7 (10)	6 (11)	1 (6)	
Otros	1 (1)	1 (2)	0 (0)	
Tratamiento quirúrgico				
Drenaje	8 (11)	7 (12)	1 (6)	0.195
Marsupialización	59 (81)	47 (82)	12 (75)	
Exéresis	6 (8)	3 (5)	3 (19)	
Complicaciones quirúrgicas				
Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NA
No	73 (100)	57 (100)	16 (100)	
Reintervención				
Sí	13 (18)	0 (0)	13 (81)	<0.001
No	60 (82)	57 (100)	3 (19)	
Cultivo (+)				
Sí	49 (67)	41 (72)	8 (50)	0.158
No	12 (16)	7 (12)	5 (31)	
No ese envió cultivo	12 (16)	9 (16)	3 (19)	
Tratamiento en abscesos recurrentes				
Antibiótico	1 (8)	0 (0)	1 (8)	NA
Drenaje	2 (15)	0 (0)	2 (15)	
Marsupialización	3 (23)	0 (0)	3 (23)	
Drenaje + Antibiótico	7 (54)	0 (0)	7 (54)	

*Se presentan los datos en media, (desviación estándar), n (proporción), a menos que se indique lo contrario. EIH, estancia intrahospitalaria.

Tabla 5. Características del absceso de glándula de Bartholin comparado por comorbilidades.*

	Total	Diabetes Mellitus		<i>P</i> <i>valor</i>	Hipertensión Arterial		<i>P</i> <i>valor</i>
	n = 73	No n = 65 (89.1)	Si n = 8 (10.9)		No n = 70 (95.9)	Si n = 3 (4.1)	
Tamaño del absceso, mm	24.89 (±16.35)	25.88 (±16.97)	16.88 (±5.94)	0.18 2	25.1 (±16.39)	20 (±18.03)	0.55 1
Lateralidad							
Derecho	38 (52)	31 (48)	7 (88)	0.10 3	38 (54)	0 (0)	0.15 0
Izquierdo	33 (45)	32 (49)	1 (13)		30 (43)	3 (100)	
Bilateral	2 (3)	2 (3)	0 (0)		2 (3)	0 (0)	
Fiebre							
Sí	6 (8)	5 (8)	1 (13)	0.64 0	6 (9)	0 (0)	0.59 7
No	67 (92)	60 (92)	7 (88)		64 (91)	3 (100)	
Leucocitosis							
Sí	36 (49)	34 (52)	2 (25)	0.14 5	36 (51)	0 (0)	0.08 1
No	37 (51)	31 (48)	6 (75)		34 (49)	3 (100)	
Días con sintomatología	6.84 (±6.9)	6.92 (±7.18)	6.13 (±4.09)	0.61 1	6.91 (±7.01)	5 (±3.46)	0.99 9
Días EIH	2.05 (±1.01)	2.03 (±1.05)	2.25 (±0.71)	0.03 3	2.04 (±1.03)	2.33 (±0.58)	0.32 6
Antibioticoterapia							
Doxiciclina/ Metronidazol	20 (27)	18 (28)	2 (25)	0.68 3	20 (29)	0 (0)	0.55 2
Clindamicina/Gentamicina	40 (55)	34 (52)	6 (75)		38 (54)	2 (67)	
Doxiciclina/Clindamicina	5 (7)	5 (8)	0 (0)		5 (7)	0 (0)	
Cefalexina	7 (10)	7 (11)	0 (0)		6 (9)	1 (33)	
Otros	1 (1)	1 (2)	0 (0)		1 (1)	0 (0)	
Tratamiento quirúrgico							
Drenaje	8 (11)	5 (8)	3 (38)	0.03 2	7 (10)	1 (33)	0.41 4
Marsupialización	59 (81)	54 (83)	5 (63)		57 (81)	2 (67)	
Exéresis	6 (8)	6 (9)	0 (0)		6 (9)	0 (0)	
Complicaciones quirúrgicas							
Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NA	0 (0)	0 (0)	NA
No	73 (100)	65 (100)	8 (100)		70 (100)	3 (100)	
Reintervención							
Sí	13 (18)	12 (18)	1 (13)	0.67 7	13 (19)	0 (0)	0.41 0
No	60 (82)	53 (82)	7 (88)		57 (81)	3 (100)	
Cultivo (+)							
Sí	49 (67)	44 (68)	5 (63)	0.14 0	48 (69)	1 (33)	0.05 4
No	12 (16)	12 (18)	0 (0)		12 (17)	0 (0)	
No ese envió cultivo	12 (16)	9 (14)	3 (38)		10 (14)	2 (67)	
Microorganismo encontrado							
Polimicrobiano	9 (18)	7 (16)	2 (40)	0.58 3	8 (16)	1 (100)	0.91 3

<i>E. coli</i>	11 (22)	8 (18)	3 (60)		11 (22)	0 (0)	
<i>Staphylococcus spp.</i>	5 (10)	5 (11)	0 (0)		5 (10)	0 (0)	
<i>Streptococcus spp.</i>	5 (10)	5 (11)	0 (0)		5 (10)	0 (0)	
<i>Klebsiella spp.</i>	4 (8)	4 (9)	0 (0)		4 (8)	0 (0)	
<i>Proteus miriballis</i>	1 (2)	1 (2)	0 (0)		1 (2)	0 (0)	
<i>Gardenella vaginalis</i>	4 (8)	4 (9)	0 (0)		4 (8)	0 (0)	
<i>Bacteroides spp.</i>	2 (4)	2 (4)	0 (0)		2 (4)	0 (0)	
<i>Cándida spp.</i>	6 (12)	6 (13)	0 (0)		6 (12)	0 (0)	
<i>Corynebacterium spp.</i>	2 (4)	2 (4)	0 (0)		2 (4)	0 (0)	
<i>N. gonorrhoeae</i>	1 (2)	1 (2)	0 (0)		1 (2)	0 (0)	
Resistencia a antibiótico							
No aplica	23 (32)	20 (31)	3 (38)	0.89 1	21 (30)	2 (67)	0.35 8
Si	17 (23)	15 (23)	2 (25)		17 (24)	0 (0)	
No	33 (45)	30 (46)	3 (38)		32 (46)	1 (33)	
En caso de resistencia							
Ampicilina	9 (53)	9 (60)	0 (0)	0.06 1	9 (53)	0 (0)	NA
Levofloxacino	2 (12)	1 (7)	1 (50)		2 (12)	0 (0)	
Multirresistente (>2)	4 (24)	4 (27)	0 (0)		4 (24)	0 (0)	
BLEE	2 (12)	1 (7)	1 (50)		2 (12)	0 (0)	
Recurrencia del absceso							
Sí	16 (21.9)	14 (21.5)	2 (25)	0.82 3	16 (22.9)	0 (0)	0.34 9
No	57 (78.1)	51 (78.5)	6 (75)		54 (77.1)	3 (100)	
Tratamiento en abscesos recurrentes							
Antibiótico	1 (8)	1 (8)	0 (0)	0.81 9	1 (8)	0 (0)	NA
Drenaje	2 (15)	2 (17)	0 (0)		2 (15)	0 (0)	
Marsupialización	3 (23)	3 (25)	0 (0)		3 (23)	0 (0)	
Drenaje + Antibiótico	7 (54)	6 (50)	1 (100)		7 (54)	0 (0)	

*Se presentan los datos en media, (desviación estándar), n (proporción), a menos que se indique lo contrario. EIH, estancia intrahospitalaria; BLEE, beta-lactamasa de espectro extendido.

Microorganismos y resistencia a antibioticoterapia de absceso glándula de Bartholin

De un total de 61 (84%) de las pacientes con cultivos, 49 (67%) de las pacientes presentaban cultivos positivos del absceso. Hasta un 18% de los abscesos fueron polimicrobianos. La principal bacteria reportada en los cultivos era *Escherichia coli* (22%), seguida de *Cándida spp.* (12%), *Staphylococcus*

(10%) y *Streptococcus* (10%). Hasta un 34.7% de los cultivos reportaron bacterias resistentes a algún antibiótico, entre las principales resistencias a Ampicilina (53%), multidrogo resistencia (24%), Levofloxacino (12%) y bacterias que expresaban beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) (12%).

Tabla 6. Incidencia bacteriana del absceso de glándula de Bartholin comparado por recurrencia del absceso.*

	Total n = 73	Recurrencia del Absceso		P valor	
		No n = 57 (78.1)	Sí n = 16 (21.9)		
Cultivo (+)					
Sí	49 (67)	41 (72)	8 (50)	0.158	
No	12 (16)	7 (12)	5 (31)		
No ese envió cultivo	12 (16)	9 (16)	3 (19)		
Microorganismo encontrado	n=49	n=41	n=8		
Polimicrobiano	9 (18)	7 (17)	2 (25)	0.86	
<i>E. coli</i>	11 (22)	11 (26)	0 (0)		
<i>Staphylococcus spp.</i>	5 (10)	4 (10)	1 (13)		
<i>Streptococcus spp.</i>	5 (10)	4 (10)	1 (13)		
<i>Klebsiella spp.</i>	4 (8)	3 (7)	1 (13)		
<i>Proteus miriballis</i>	1 (2)	1 (2)	0 (0)		
<i>Gardenella vaginalis</i>	4 (8)	3 (7)	1 (13)		
<i>Bacteroides spp.</i>	2 (4)	2 (5)	0 (0)		
<i>Cándida spp.</i>	6 (12)	4 (10)	2 (25)		
<i>Corynebacterium spp.</i>	2 (4)	2 (5)	0 (0)		
<i>N. gonorrhoeae</i>	1 (2)	1 (2)	0 (0)		
Resistencia a antibiótico					
No aplica	23 (32)	15 (26)	8 (50)		0.172
Si	17 (23)	15 (26)	2 (13)		
No	33 (45)	27 (47)	6 (38)		
En caso de resistencia					
Ampicilina	9 (53)	8 (53)	1 (50)	0.75	
Levofloxacino	2 (12)	2 (13)	0 (0)		
Multirresistente (>2)	4 (24)	3 (20)	1 (50)		
BLEE	2 (12)	2 (13)	0 (0)		

*Se presentan los datos en media, (desviación estándar), n (proporción), a menos que se indique lo contrario. BLEE, beta-lactamasa de espectro extendido.

Tabla 7. Características del absceso de glándula de Bartholin comparado por comorbilidades.*

	Total	Diabetes Mellitus		<i>P</i> valor	Hipertensión Arterial		<i>P</i> valor
	n = 73	No n = 65 (89.1)	Si n = 8 (10.9)		No n = 70 (95.9)	Si n = 3 (4.1)	
Cultivo (+)							
Sí	49 (67)	44 (68)	5 (63)	0.140	48 (69)	1 (33)	0.05 4
No	12 (16)	12 (18)	0 (0)		12 (17)	0 (0)	
No ese envió cultivo	12 (16)	9 (14)	3 (38)		10 (14)	2 (67)	
Microorganismo encontrado	n=49	n=44	n=5		n=48	n=1	
Polimicrobiano	9 (18)	7 (16)	2 (40)	0.583	8 (16)	1 (100)	0.91 3
<i>E. coli</i>	11 (22)	8 (18)	3 (60)		11 (22)	0 (0)	
<i>Staphylococcus spp.</i>	5 (10)	5 (11)	0 (0)		5 (10)	0 (0)	
<i>Streptococcus spp.</i>	5 (10)	5 (11)	0 (0)		5 (10)	0 (0)	
<i>Klebsiella spp.</i>	4 (8)	4 (9)	0 (0)		4 (8)	0 (0)	
<i>Proteus miriballis</i>	1 (2)	1 (2)	0 (0)		1 (2)	0 (0)	
<i>Gardenella vaginalis</i>	4 (8)	4 (9)	0 (0)		4 (8)	0 (0)	
<i>Bacteroides spp.</i>	2 (4)	2 (4)	0 (0)		2 (4)	0 (0)	
<i>Cándida spp.</i>	6 (12)	6 (13)	0 (0)		6 (12)	0 (0)	
<i>Corynebacterium spp.</i>	2 (4)	2 (4)	0 (0)		2 (4)	0 (0)	
<i>N. gonorrhoeae</i>	1 (2)	1 (2)	0 (0)		1 (2)	0 (0)	
Resistencia a antibiótico							
No aplica	23 (32)	20 (31)	3 (38)	0.891	21 (30)	2 (67)	0.35 8
Si	17 (23)	15 (23)	2 (25)		17 (24)	0 (0)	
No	33 (45)	30 (46)	3 (38)		32 (46)	1 (33)	
En caso de resistencia							
Ampicilina	9 (53)	9 (60)	0 (0)	0.061	9 (53)	0 (0)	NA
Levofloxacino	2 (12)	1 (7)	1 (50)		2 (12)	0 (0)	
Multirresistente (>2)	4 (24)	4 (27)	0 (0)		4 (24)	0 (0)	
BLEE	2 (12)	1 (7)	1 (50)		2 (12)	0 (0)	

*Se presentan los datos en media, (desviación estándar), n (proporción), a menos que se indique lo contrario. EIH, intrahospitalaria; BLEE, beta-lactamasa de espectro extendido.

Las principales características de las pacientes que se presentaron a nuestro hospital con absceso de glándula de Bartholin fueron las siguientes: paciente con una media de 31 (\pm 11) años, IMC de 26.27 (\pm 8.34), en su mayoría sin uso de método de planificación familiar (41%), ausencia de

embarazo (75%), más de 1 de cada 10 pacientes presentaban alguna comorbilidad (diabetes mellitus 11%, HAS 4%). En cuanto a las características de los abscesos, midieron en promedio de 24.89 (\pm 16.35) mm, fueron unilateral en su mayoría (97%), no causaron fiebre (92%), presentaron leucocitosis en casi la mitad de los casos (49%), con una media de duración de sintomatología de casi una semana (6.84 \pm 6.9 días) y 2.05 (\pm 1.01) días de estancia intrahospitalaria. El esquema de tratamiento más usado fue Clindamicina/Gentamicina (55%), se realizó marsupialización (81%) a la mayoría de las pacientes, sin registrar complicaciones postquirúrgicas, con necesidad de reintervención hasta en 18% de los casos. En cuanto a las características microbiológicas, hasta el 80.3% de los cultivos enviados fueron positivos, siendo el principal organismo encontrado *E. coli*, seguido de *Candida spp.* Cerca de 1 de cada 5 cultivos fueron polimicrobianos. Hasta en un 23% de los casos se encontró resistencia a antibioticoterapia, siendo la principal a Ampicilina (53%).

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN

En este estudio observacional retrospectivo descriptivo se analizaron las características demográficas, clínicas, microbiológicas y de tratamiento de 73 pacientes con diagnóstico confirmado de absceso de glándula de Bartholin.

Encontramos que de 4 de cada 5 pacientes se envió cultivo, y acorde a lo reportado en la literatura, *E. coli* fue el patógeno más comúnmente aislado en los abscesos (8,11) y solamente se encontró que el absceso fue secundario a *N. gonorrhoea* en una paciente; *ninguna infección fue asociada a C. trachomatis* (8,11). Debido a que 1 de cada 5 cultivos en nuestro estudio fueron polimicrobianos, se justifica el inicio empírico de antibioticoterapia de amplio espectro. Aunque se recomienda el uso de antibioticoterapia empírica como parte del tratamiento de los abscesos de la glándula de Bartholin, algunos autores siguen considerando su uso como controversial. Sin embargo, estudios previos informan que la mayoría de los abscesos son polimicrobianos anaerobios y recomiendan el uso de antibióticos de amplio espectro en su manejo (16). En nuestro estudio todas las pacientes recibieron esquema de antibioticoterapia de amplio espectro con esquema de Clindamicina/Gentamicina, como la opción más usada. Otro punto a favor para la terapia empírica de amplio espectro es que más de un tercio de los cultivos

reportaron bacterias resistentes a algún antibiótico. Sin embargo, con el objetivo de disminuir el riesgo de crear más resistencia, se debe continuar con la documentación de la microbiología encontrada en estos abscesos. En nuestro estudio se enviaron cultivos hasta en 84% de los casos, lo que representa una mayor proporción comparativa a la de reportes previos (16).

Se documentó que hasta el 21.9% de los casos analizadas tuvo recurrencia de la enfermedad, sin poder encontrar algún factor asociado a mayor recurrencia. Aunque elevado, el porcentaje de recurrencia se encuentra dentro del rango reportado en otros estudios que va desde 2% hasta 37% de las pacientes (16,17). Algunos factores que se han asociado a recurrencia de la enfermedad han sido la presencia de cultivos positivos (18), el manejo quirúrgico que se utilizó (17) y la presencia de embarazo (19). En cuanto al manejo quirúrgico, no se observó diferencia en la recurrencia de los abscesos al comparar las diferentes técnicas de tratamiento quirúrgico ni antibioticoterapia. Aunque algunos estudios reportan una menor tasa de recurrencia dependiendo de la técnica quirúrgica, estudios recientes reportan que no existe menor riesgo de recurrencia con algunas técnicas quirúrgicas utilizadas (18). Grinberg *et. al.*, describieron recientemente la microbiología de los abscesos de la glándula de Bartholin en mujeres embarazadas y no embarazadas (19). Concluyeron que las mujeres embarazadas presentan mayor recurrencia de los abscesos a comparación con no embarazadas (19). Aunque no fue estadísticamente significativo, en nuestro estudio se observó una tendencia contraria ya que solamente en 11.1% de las pacientes embarazadas se registró recurrencia, a

comparación de 25.4% en pacientes no embarazadas. Sin embargo, debido a que nuestro estudio no fue diseñado para responder esta pregunta, no podemos descartar la posibilidad del embarazo como factor de riesgo de recurrencia. Lo anterior tomando en consideración que los cambios y adaptación inmunológica que ocurren durante el curso normal del embarazo podrían ser el factor predisponente a recurrencia (20,21). Debido al diseño retrospectivo de nuestro estudio, solo podemos tener información de aquellas pacientes que tuvieron recurrencia del absceso y se trataron en nuestra institución. Existe la posibilidad de no haber detectado pacientes con recurrencia, debido a la falta de seguimiento prospectivo. Futuros estudios deberán de tomar en cuenta esta limitante.

Las pacientes con comorbilidades en nuestro estudio tenían mayor edad, así como un mayor IMC al momento de desarrollar el absceso. Esto contrasta con la epidemiología reportada del pico de edad con mayor incidencia de absceso de glándula de Bartholin (32-37 años) (22,23). La inmunosupresión en pacientes con DM se ha asociado a mayor riesgo infecciones (24). Esto podría explicar la presencia de esta patología en un grupo de edad mayor. Debido a falta de datos, desconocemos el grado de control de la DM de las pacientes en nuestro estudio. Estudios siguientes deberán de comprobar si el grado de control de DM influye en el desarrollo y evolución de los abscesos de la glándula de Bartholin. En cuanto a la presencia de HAS e IMC, podría deberse a la presencia de síndrome metabólico, en conjunto con la presencia de hiperglucemia, lo cual a su vez podría contribuir a mayor riesgo de infecciones,

explicando así una predisposición al desarrollo del absceso de la glándula de Bartholin (25).

CAPÍTULO X

CONCLUSIÓN

El absceso de la glándula de Bartholin es un problema ginecológico común en nuestro medio.

En nuestro estudio, las principales características de las pacientes que se presentaron a nuestro hospital con absceso de glándula de Bartholin fueron pacientes con una media de 31 años, IMC de 26.27, en su mayoría sin planificación familiar (41%), ausencia de embarazo (75%), más de 1 de cada 10 pacientes presentaba alguna comorbilidad (diabetes mellitus 11%, HAS 4%). En cuanto a las características microbiológicas, hasta el 80.3% de los cultivos enviados fueron positivos, siendo el principal organismo encontrado *E. coli*, seguido de *Cándida spp.* Cerca de 1 de cada 5 cultivos fueron polimicrobianos. Hasta en un 23% de los casos se encontró resistencia a antibioticoterapia, siendo la principal a Ampicilina (53%).

El esquema de tratamiento más usado fue Clindamicina/Gentamicina (55%), se realizó marsupialización (81%) a la mayoría de las pacientes, sin

registrar complicaciones postquirúrgicas, con necesidad de reintervención hasta en 18% de los casos.

En nuestro estudio se enviaron cultivos en la mayoría de los casos siendo el patógeno más común *E. Coli*, además de numerosos cultivos polimicrobianos y más de un tercio de los cultivos reportaron bacterias resistentes a algún antibiótico.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas o microbiológicas estadísticamente significativas en los cultivos de pacientes con o sin recurrencia del absceso.

Este estudio brinda las bases para una terapia empírica adaptada a la microbiología encontrada en los abscesos. En futuros estudios deberán de compararse diversos esquemas de antibioticoterapia y mejorar de esta manera los protocolos actuales de tratamiento del absceso de la glándula de Bartholin, con el objetivo de disminuir los días de estancia intrahospitalaria y la recurrencia de la enfermedad.

CAPÍTULO XI

BIBLIOGRAFIA

1. Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A. Clinical Pathology of Bartholin ' s Glands : A Review of the Literature. *Curr Urol.* 2015;8(11):22–5.
2. Dole DM, Nypaver C. Management of Bartholin Duct Cysts and Gland Abscesses. *J Midwifery Womens Health.* 2019;64(3):337–43.
3. Kessous R, Aricha-tamir B, Sheizaf B, Moran-gilad J, Weintraub AY. Clinical and Microbiological Characteristics of Bartholin Gland Abscesses. *Obs Gynecol.* 2013;122(4):794–9.
4. Pundir J, Auld BJ. A review of the management of diseases of the Bartholin ' s gland. *J Obs Gynaecol.* 2008;28(2):161–5.
5. Figueiredo A, Duarte P, Gomes T, Borrego J, Marques C. Bartholin ' s gland cysts : management with carbon-dioxide laser vaporization. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2012;43(12):550–4.
6. Kafali H, Yurtseven S, Ozardali I. Aspiration and alcohol sclerotherapy : a novel method for management of Bartholin ' s cyst or abscess. *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol.* 2004;112(1):98–101.

7. Jr EJM, Cooper D. Vulvar procedures: biopsy, Bartholin abscess treatment, and condyloma treatment. *Obstet Gynecol Clin NA*. 2013;40(4):759–72.
8. Grinberg N, Rotem R, Diamant H, Barg M, Sheizaf B, Weintraub AY. Clinical and microbiological features of Bartholin's gland abscess in pregnant and non-pregnant women. *J Matern Neonatal Med*. 2021;34(7):1127–32.
9. Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess. *Am Fam Physician*. 2003;68(1):135–40.
10. Bora SA, Registrar S, Condous G. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Bartholin's, vulval and perineal abscesses. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(5):661–6.
11. Tanaka K, Mikamo H, Ninomiya M, Tamaya T, Izumi K, Ito K, et al. Microbiology of Bartholin's Gland Abscess in Japan. *J Clin Microbiol*. 2005;43(8):4258–61.
12. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014;59(2):e10-52.
13. Kroese JA, Velde M Van Der, Morssink LP, Zafarmand MH, Geomini P, Kesteren PJM Van. Word catheter and marsupialisation in women with a cyst or abscess of the Bartholin gland (WoMan-trial): a randomised clinical

trial. BJOG. 2017;124(2):243-249.

14. Obstet AG, Frega A, Schimberni M, Ralli E, Verrone A. Complication and recurrence rate in laser CO 2 versus traditional surgery in the treatment of Bartholin's gland cyst. Arch Gynecol Obstet. 2016;294(2):303–9.
15. Wechter ME, Wu JM, Marzano D, Haefner H. Management of Bartholin Duct Cysts. Obs Gynecol Surv. 2009;64(6):395–404.
16. Bhide A, Nama V, Patel S, Kalu E. Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland: Review of empirical antibiotic therapy against microbial culture. Jorunal Obstet Gynaecol. 2010;30(7):701–3.
17. Wechter M, Wu J, Marzano D, Haefner H. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. Obs Gynecol Surv. 2009;64(6):395–404.
18. Illingworth B, Stocking K, Showell M, Kirk E, Duffy J. Evaluation of treatments for Bartholin's cyst or abscess: a systematic review. BJOG. 2020;127(6):671–8.
19. Grinberg N, Rotem R, Diamant H, Barg M, Sheizaf B, Weintraub A. Clinical and microbiological features of Bartholin's gland abscess in pregnant and non-pregnant women. J Matern Neonatal Med. 2019;34(7):1127–32.
20. Kourtis AP, Read JS, Jamieson DJ. Pregnancy and Infection. N Engl J Med. 2014;370:2211–8.

21. Abu-Raya B, Michalski C, Sadarangani M, Lavoie PM. Maternal Immunological Adaptation During Normal Pregnancy. *Front Immunol.* 2020;11(October):1–18.
22. Figueiredo A, Duarte P, Gomes T, Borrego J, Marques C. Bartholin's gland cysts : management with carbon-dioxide laser vaporization. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2012;43(12):550–4.
23. Kafali H, Yurtseven S, Ozardali I. Aspiration and alcohol sclerotherapy: a novel method for management of Bartholin's cyst or abscess. *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol.* 2004;112(1):98–101.
24. Casqueiro J, Casqueiro J, Alves C. Infections in patients with diabetes mellitus: A review of pathogenesis. *Indian J Endocrinol Metab.* 2012;16:S27–36.
25. Huttunen R, Syrjänen J. Obesity and the risk and outcome of infection. *Int J Obes.* 2013;37(3):333–40.

CAPÍTULO XII

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Omar Treviño Cavazos

Candidato para el Grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia

TESIS: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LOS
ABSCESOS DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN Y SU MANEJO
INTRAHOSPITALARIO”

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía: Nacido en Monterrey, Nuevo León el 11 de diciembre del 1991, hijo del Dr. José Omar Treviño Treviño y Norma Leticia Cavazos Elizondo.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado
obtenido de Médico Cirujano y Partero

CAPÍTULO XIII

CARTA DE ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. LUIS HUMBERTO SORDIA HERNÁNDEZ

Investigador Principal
Departamento de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente.-

Estimado Dr. Sordia:

En respuesta a su solicitud con número de ingreso **PI20-00320** con fecha del **30 de Septiembre del 2020**, recibida en las oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente notificación con fundamento en el artículo 41 BIS de la Ley General de Salud; los artículos 14 inciso VII, 99 inciso II, 102, 111 y 112 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014; además de lo establecido en los puntos 4.4, 6.2, 6.3.2.8, 8 y 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; así como por el Reglamento interno de Investigación de nuestra Institución.

Se le informa que el Comité a mi cargo ha determinado que su proyecto de investigación clínica abajo mencionado cumple con la calidad técnica y el mérito científico para garantizar la correcta conducción que la sociedad mexicana demanda, por lo cual ha sido **APROBADO**.

Titulado "Características clínicas y microbiológicas de los abscesos de la glándula de Bartholin y su manejo intrahospitalario."

De igual forma el siguiente documento:

- Protocolo escrito en extenso, versión 2.0 de fecha 20 Noviembre 2020.

Por lo tanto usted ha sido **autorizado** para realizar dicho estudio en el **Departamento de Ginecología y Obstetricia** del Hospital Universitario como Investigador Responsable. Su proyecto aprobado ha sido registrado con la clave **G120-00024** La vigencia de aprobación de este proyecto es al día **30 de Noviembre del 2021**.

Participando además el Dr. Omar Treviño Cavazos como **Tesista**, el Dr. med. Donato Saldívar Rodríguez, Dr. med. José Gerardo Garza Leal, Dra. Sci. Geraldina Guerrero González y Est. Yesenia Itzel Barron Aguirre como Co-Investigadores.

Toda vez que el protocolo original, así como la carta de consentimiento informado o cualquier documento involucrado en el proyecto sufran modificaciones, éstas deberán someterse para su re-aprobación.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior se encuentre debidamente consignado. En caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar la calidad de los datos generados durante la conducción del proyecto.

El proyecto aprobado será revisado:

1. Al menos una vez al año, en base a su naturaleza de investigación.
2. Cuando cualquier enmienda pudiera o claramente afecte calidad técnica, el mérito científico y/o en la conducción del estudio.

Comité de Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com



September 16, 2017



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

3. Cualquier evento o nueva información que pueda afectar la proporción de beneficio/riesgo del estudio.
4. Así mismo llevaremos a cabo auditorias por parte de la Coordinación de Control de Calidad en Investigación aleatoriamente o cuando el Comité lo solicite.
5. Toda revisión será sujeta a los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la NOM-012-SSA3-2012, el Reglamento Interno de Investigación de nuestra Institución, así como las demás regulaciones aplicables.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
 Monterrey, Nuevo León 30 de Noviembre del 2020



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

DR. C. GUILLERMO ELIZONDO RIOJAS
Presidente del Comité de Investigación

Comité de Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanel.com



CAPÍTULO XIV

ABSTRACT

Introduction: Bartholin's glands are located in the posterior region of the labia majora, their function is to produce colorless serous fluid for lubrication of the introitus which drains through Bartholin's ducts to the vestibular outlet, outside the hymenal ring. Blockage or damage prior to the outlet may result in fluid accumulation, ductal dilatation, ductal cyst or abscess formation. Cysts and abscesses of the gland are common problems in women of reproductive age, about 2% of women will develop this problem. Bartholinitis is an acute inflammation of the Bartholin's gland, the duct and the gland are involved with the usual inflammatory reaction. The infection may be chronic with periodic exacerbations and abscess formation. The duct can heal by fibrosis with closure of the orifice; this leads to the formation of posterior cysts, which can be treated with antibiotics and anti-inflammatory drugs, which do not report good results or can be treated surgically with marsupialization and placement of Word catheter, with 17 to 25 % of recurrence, so it is a subject of real importance to be studied.

Objective: To determine the main clinical and microbiological characteristics in patients diagnosed with Bartholin's gland abscess.

Material and methods: Retrospective, cross-sectional and descriptive analysis of 105 case files of Bartholin's abscesses admitted and treated at Hospital Universitario de la UANL, Monterrey, Mexico, from January 2015 to January 2020. The records included patients aged 18-55 years, with a diagnosis of

Bartholin's gland abscess and in-hospital treatment.

Results: There was no statistically significant difference in demographic characteristics when comparing patients with recurrence of Bartholin's abscess (n=16, 21.9%) versus those without recurrence (n=57, 78.1%). In terms of abscess characteristics, patients without recurrence had a higher proportion of bilateral abscess as opposed to those with recurrence (13% vs 2%, P=0.018). There were no significant differences in microbiology, antibiotic therapy resistance or antibiotic scheme used between groups.

Conclusions: This study provides the basis for empirical therapy tailored to the microbiology found in abscesses. Future studies should compare different antibiotic therapy regimens and thus improve the current treatment protocols for Bartholin's gland abscess, with the aim of reducing the number of days of hospital stay and the recurrence of the disease.

Key words: Bartholin's. Recurrence. Abscess. Cyst. Antibiotic therapy.