



Evaluación de tratamientos para el quiste o absceso de Bartholin: una revisión sistemática

BJG Illingworth K Stocking M Showell E Kirk JMN Duffy
Primera publicación: 26 diciembre 2019

<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16079>

Este artículo incluye un resumen en video disponible en <https://vimeo.com/rcog/authorinsights16079>

Resumen

Antecedentes

No existe consenso sobre el manejo de quistes sintomáticos o abscesos de la glándula de Bartholin.

Objetivos

Evaluar la efectividad y la seguridad de las intervenciones quirúrgicas para un quiste o absceso sintomático de Bartholin.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en bases de datos bibliográficas desde el inicio hasta abril de 2019.

Criterios de selección

Ensayos aleatorios que evalúan una intervención quirúrgica para el tratamiento de un quiste o absceso sintomático de Bartholin.

Recolección y análisis de datos

Se incluyeron ocho ensayos que informaron datos de 699 mujeres. Las características del estudio y la calidad metodológica se registraron para cada ensayo. Las estimaciones resumidas se calcularon utilizando métodos de efectos aleatorios.

Resultados principales

Al considerar la recurrencia de un quiste o absceso sintomático de Bartholin, la evidencia fue consistente con efectos notables en cualquier dirección (cociente de riesgos [RR] 0,76; intervalo de confianza del 95% [IC] 0,41-1,40) al comparar la marsupialización con incisión, drenaje e inserción de un catéter de Word. Se podría hacer una inferencia limitada al comparar la marsupialización con incisión, drenaje e inserción de nitrato de plata (RR 1,00; IC del 95%: 0,57–1,75), e incisión, drenaje y cierre de cavidades (RR 0,25; IC del 95%: 0,01–4,89). Hubo informes

limitados de resultados secundarios, incluidos hematoma, morbilidad infecciosa y dispareunia persistente.

Conclusiones

La evidencia de ensayo aleatorizada actual no respalda el uso de ninguna intervención quirúrgica única para el tratamiento de un quiste sintomático o un absceso de la glándula de Bartholin.

Registro prospectivo

PROSPERO: Registro internacional prospectivo de revisiones sistemáticas; CRD42018088553.

Resumen Tweetable

Se necesita más investigación para identificar un tratamiento efectivo para el quiste o absceso de # Bartholin. @jamesmnduffy

Video de evaluación proporcionado por el autor de los tratamientos para el quiste o absceso de Bartholin: una revisión sistemática: <https://vimeo.com/rcog/authorinsights16079>

por Illingworth et al.

Introducción

Los quistes y abscesos de la glándula de Bartholin son relativamente comunes con una prevalencia reportada de entre dos y tres de cada 100 mujeres.¹ Un quiste de la glándula de Bartholin puede formarse cuando los conductos se bloquean debido a un traumatismo, moco o edema secundario a la infección.² Los abscesos pueden formarse debido a una infección secundaria de un quiste de la glándula de Bartholin o con menos frecuencia debido a una infección primaria de la glándula de Bartholin en sí misma y generalmente se deben a una infección polimicrobiana del líquido quístico retenido por los componentes de la flora vaginal, generalmente *Escherichia coli* o *Staphylococcus sp.*³

La malignidad de la glándula de Bartholin se caracteriza por una masa indolora, que ocurre predominantemente en mujeres posmenopáusicas.⁴

Los síntomas dolorosos asociados con un quiste o un absceso de la glándula de Bartholin pueden interferir con la vida diaria. Sin tratamiento, con frecuencia pueden ocurrir otras enfermedades graves, como infección grave, sepsis y fístula rectovaginal ^{5, 6}.

Existe una considerable incertidumbre con respecto al manejo de un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin. Hasta donde sabemos, no existe una revisión sistemática reciente de la literatura y no hay guías actuales de práctica clínica para informar la práctica clínica. Se publicó una revisión sistemática previa.⁷ Sin embargo, se completó hace más de 10 años, no calculó estimaciones resumidas y no siguió los elementos de Informes preferidos para la revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) ⁸.

Realizamos esta revisión sistemática para estimar la efectividad y la seguridad de las intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin.

Métodos

Se desarrolló un protocolo con objetivos explícitamente definidos, criterios para la selección de estudios, enfoques para evaluar la calidad de los estudios, resultados primarios y secundarios y métodos estadísticos. El protocolo se registró en PROSPERO: Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (CRD42018088553). Seguimos las pautas de informes para los metanálisis y las revisiones sistemáticas de los ensayos aleatorios, tal como se describe en la declaración PRISMA.⁸ Las mujeres con experiencia vivida de quiste sintomático o absceso de la glándula de Bartholin no participaron en esta revisión sistemática.

Se realizó una revisión exhaustiva y sistemática de la literatura buscando: (i) Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), (ii) Índice acumulativo de literatura de enfermería y salud aliada (CINAHL), (iii) Embase y (iv) MEDLINE desde el inicio hasta Abril de 2019. Buscamos en el registro utilizando los siguientes encabezados de MeSH: (i) la glándula de Bartholin; (ii) glándula vestibular; (iii) ensayo aleatorizado; (iv) ensayo clínico controlado; y (v) ensayos clínicos (ver material complementario, Apéndice S1).

Dos revisores (BJGI y JMND) seleccionaron de forma independiente los títulos y los resúmenes. Revisamos críticamente el texto completo de los estudios seleccionados para evaluar la elegibilidad. Cualquier discrepancia entre los revisores se resolvió mediante discusión. Se incluyeron ensayos aleatorios de pacientes con diagnóstico de quiste o absceso sintomático de Bartholin. Se excluyeron los estudios pseudoaleatorios y no aleatorios.

Dos revisores (BJGI y KS) extrajeron los datos de forma independiente mediante el uso de un formulario de extracción de datos probado por piloto. La información recopilada de cada estudio incluyó el diseño del estudio, el entorno, los participantes y los resultados. Se extrajeron todos los datos brutos relevantes de cada estudio. Dos revisores (BJGI y JMND) evaluaron de forma independiente la calidad metodológica utilizando los criterios de Jadad.

Desafortunadamente, no se ha desarrollado un conjunto de resultados centrales relevantes para la evaluación de tratamientos potenciales para el quiste sintomático o el absceso de la glándula de Bartholin.¹⁰ Los datos se extrajeron para el resultado primario, la recurrencia de un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin después de la intervención, y para los siguientes resultados secundarios: (i) duración del procedimiento; (ii) duración de la hospitalización; (iii) tiempo de curación; y (iv) eventos adversos.

Nos comunicamos activamente con los autores para solicitar aclaraciones y solicitamos datos faltantes o datos adicionales para completar nuestro análisis. Las discrepancias entre los revisores (BJGI y KS) se resolvieron mediante discusión, contactando a los autores o mediante consulta con un tercer revisor (JMND).

REVIEW MANAGER 5.3 (Colaboración Cochrane, Reino Unido) se utilizó para analizar los resultados. Utilizamos modelos de efectos aleatorios para calcular estimaciones resumidas. Presentamos los efectos resumidos como una razón de riesgo (RR) con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). Se pretendió evaluar la presencia de heterogeneidad entre estudios mediante el uso de las estadísticas I². Si el I² excediera el 50%, habríamos considerado que la heterogeneidad era sustancial. Si detectamos una heterogeneidad sustancial, planeamos tener en cuenta cualquier heterogeneidad estadística al interpretar los resultados, especialmente cuando hubo variación en la dirección del efecto. Se realizaron análisis por intención de tratar para los resultados binarios. Los resultados continuos utilizaron el número de mujeres que recibieron tratamiento.

El estudio no recibió fondos

Resultados

Descubrimos 254 registros. Después de excluir 45 registros duplicados, se seleccionaron 209 títulos y resúmenes. Diecisiete estudios potencialmente relevantes fueron evaluados. Ocho ensayos aleatorios, que informaron datos de 699 mujeres, cumplieron con nuestros criterios de inclusión (Figura 1) 11-18.

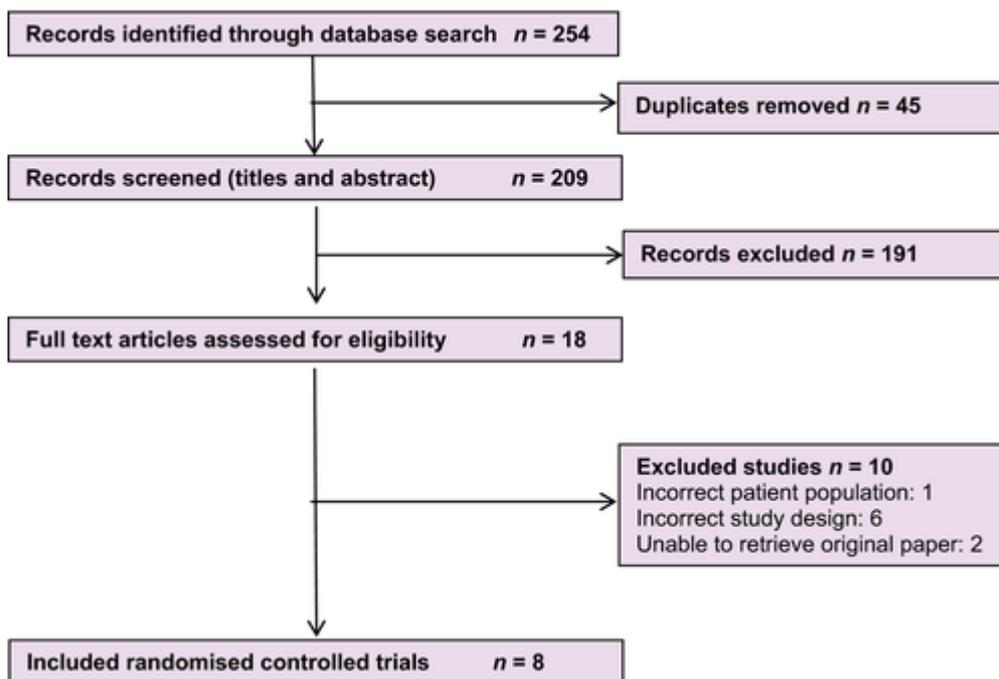


Figura 1

Los ensayos aleatorios incluidos evaluaron ocho intervenciones diferentes, incluida la marsupialización, 11, 12, 15, 16, 18 incisión, drenaje e inserción de un catéter Word, 13, 15 e incisión, drenaje e inserción de nitrato de plata 14, 17, 18 (Tabla 1). Los ensayos aleatorios incluidos fueron relativamente pequeños, con un rango de 22 a 212 mujeres (mediana 44 mujeres) .14 Se realizaron tres ensayos aleatorios en entornos de altos ingresos, incluidos Dinamarca, 11 Países Bajos, 15 y Estados Unidos, 13 mientras que los otros se realizaron en países de bajos y medianos ingresos, incluyendo Jamaica¹² y Turquía.^{14, 16-18} Dos ensayos aleatorios informaron datos de 70 mujeres con un absceso de la glándula de Bartholin.^{11, 13} Los seis ensayos aleatorios restantes informaron datos de 629 mujeres con un quiste sintomático o absceso de la

glándula de Bartholin. Un solo ensayo informó un criterio de diagnóstico objetivo: 'Un quiste o absceso se definió como sintomático si el paciente solicitó tratamiento para el dolor o la carga experimentados por la hinchazón con o sin signos de inflamación en la posición de las 4 u 8 en punto de la vestibulo vulvar. La hinchazón tuvo que estar en el tracto de salida de Bartholin, según lo confirmado por un ginecólogo ".15 Los juicios de los autores con respecto a la calidad metodológica de los estudios incluidos se detallan en la Tabla 1.

Table 1. Characteristics of included randomised trials Características de los ensayos aleatorios incluidos

Study	Country	Participants <i>n</i>	Intervention 1	Intervention 2	Jadad Criteria
ndersen 199211	Denmark	32	Incision, drainage and cavity closure	Marsupialisation	2
Fletcher 199212	Jamaica	30	Marsupialisation I interrupted sutures	Marsupialisation I continuous sutures	1
Gennis 200513	United States	38	Incision, drainage and insertion of a Jacobi ring	Incision, drainage and insertion of a Word catheter	2
Kafali 200414	Turkey	22	Aspiration and alcohol sclerotherapy	Incision, drainage and silver nitrate insertion	2
Kroese 201715	England The Netherlands	161	Incision, drainage and insertion of a Word catheter	Marsupialisation	2
Mathyk 201816	Turkey	154	Marsupialisation	Total cyst excision	3
Mungan 199517	Turkey	50	Incision, drainage and silver nitrate insertion	Total cyst excision	2
Ozdegirmenci 200818	Turkey	212	Marsupialisation	Incision, drainage and silver nitrate insertion	3

Marsupialisation en comparación con otros tratamientos

Cuatro ensayos, que informaron datos de 560 mujeres, compararon la marsupialización con una variedad de otros tratamientos (ver Material complementario, Apéndice S2) .11, 15, 16, 18 Comparando la marsupialización con incisión, drenaje e inserción de un catéter Word, la evidencia fue consistente con efectos notables en cualquier dirección (RR 0,76; IC del 95%: 0,41 a 1,40) (Figura 2).

Al comparar la marsupialización con la incisión, el drenaje y la inserción de un catéter de Word, la evidencia sugiere que si el riesgo de recurrencia es del 23% en la incisión, el drenaje y la inserción de un grupo de catéter de Word, entonces el riesgo en el grupo de marsupialisation sería 9.5– 32,4%. Estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

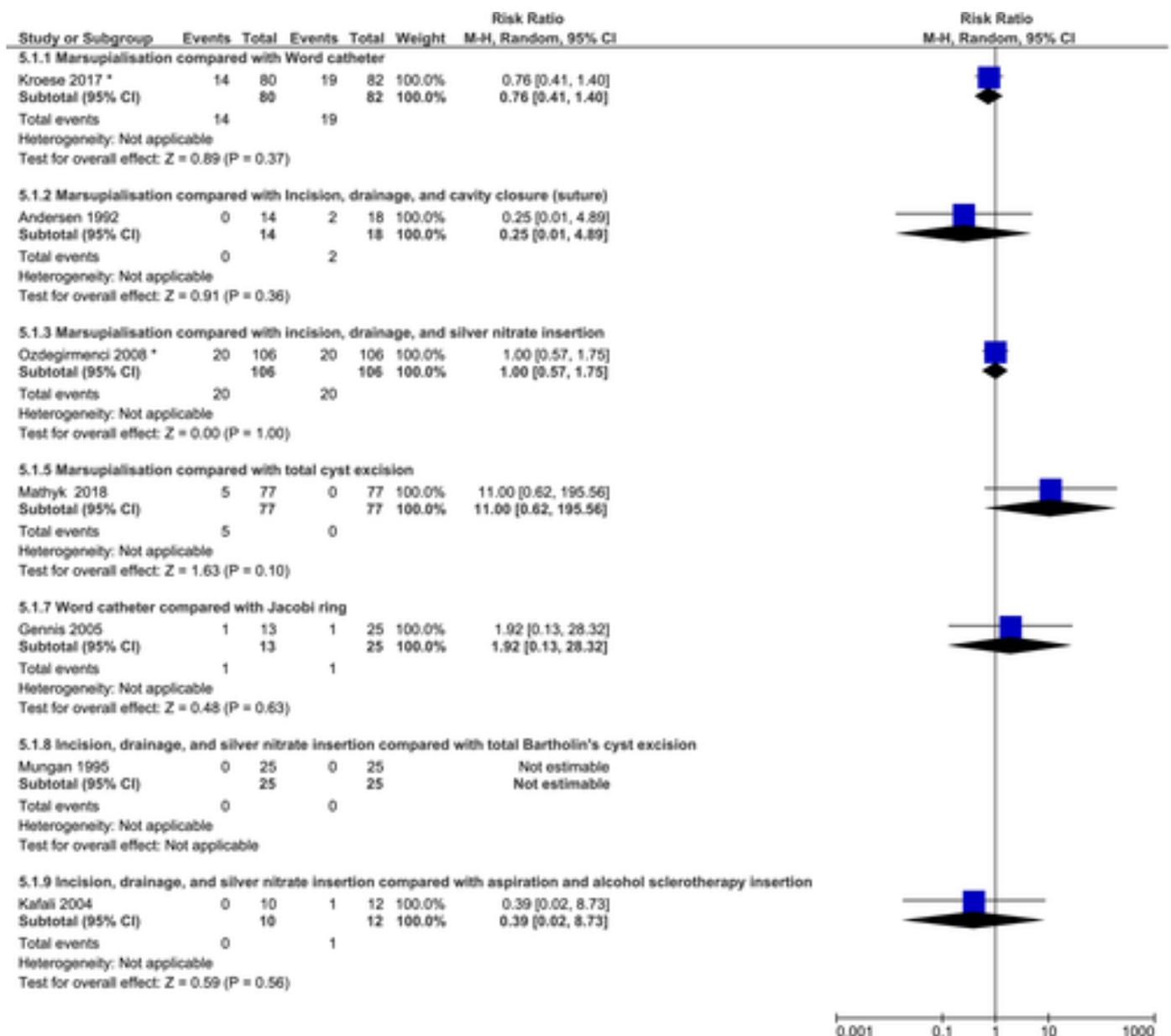


Figura 2 Recurrencia de un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin después de una intervención quirúrgica.

La marsupialización también se comparó por separado con la incisión, el drenaje y el cierre de la cavidad (RR 0,25; IC del 95%: 0,01 a 4,89) y la incisión, el drenaje y la inserción de nitrato

de plata (RR 0,92; IC del 95%: 0,54 a 1,57). Estos resultados sugieren que si el riesgo de recurrencia es del 11.0% en el grupo de cierre de cavidades y del 18.9% en el grupo de inserción de nitrato de plata, los riesgos con marsupialización serían 0.1-54.3% y 10.8-33.0%, respectivamente. La Marsupialisation también se comparó con la escisión total del quiste en un ensayo (RR 11.00; IC del 95%: 0.62–195.56), aunque no hubo recidivas informadas en el grupo de escisión total del quiste.

No pareció haber una diferencia en la duración del procedimiento al comparar la marsupialización con la incisión, el drenaje) y el cierre de la cavidad (diferencia media [DM] 0.00 minutos, IC 95% -1.35 - 1.35 minutos); sin embargo, la marsupialización tardó menos tiempo en realizarse en comparación con la escisión total del quiste (DM -5,48 minutos; IC del 95%: -7,31 a -3,65 minutos) (Tabla 2). No hubo pacientes que informaron que no pudieron completar el procedimiento en el grupo de marsupialización en comparación con la incisión, el drenaje y la inserción de un catéter Word (RR 0.21, IC 95% 0.01–4.26) e inserción de nitrato de plata (RR 0.10, IC 95%: 0.01–1.85); por lo tanto, las estimaciones del efecto siguen siendo imprecisas. La notificación de efectos adversos fue limitada.

Tabla 2. Estimaciones del tamaño del efecto para los resultados primarios y secundarios

Outcomes and outcome measures	Effect size estimate	P	Trials number	Participants Number
Marsupialisation compared with incision, drainage and Word Catheter insertion				
Recurrence; yes/ no	RR 0.76; 95% CI 0.41, 1.40	0.37	1	38
Failure to complete procedure; yes/ no	RR 0.21; 95% CI 0.01, 4.26	0.31	1	38
Pain day one; VAS 1 to 10	MD -0.80; 95% CI -1.61, 0.01	0.05	1	38
Pain day three; VAS 1 to 10	MD -0.20; 95% CI -0.94, 0.54	0.60	1	38
Pain day seven; VAS 1 to 10	MD -0.20; 95% CI -0.85, 0.45	0.55	1	38
Marsupialisation compared with incision, drainage and cavity closure				
Recurrence; yes/ no	RR 0.25; 95% CI 0.01, 4.89	0.36	1	32
Duration of inpatient stay; days	MD 2.00; 95% CI 0.84, 3.16	0.0008	1	32
Healing time, days	MD 4.50; 95% CI 0.96, 8.04	0.01	1	32

Outcomes and outcome measures	Effect size estimate	<i>P</i>	Trials number	Participants Number
Marsupialisation compared with incision, drainage and silver nitrate insertion				
Recurrence; yes/ no	RR 1.00; 95% CI 0.57, 1.75	1.00	1	212
Duration of procedure; minutes	MD 0.00; 95% CI -1.35, 1.35	1.00	1	212
Failure to complete procedure; yes/ no	RR 0.10; 95% CI 0.01, 1.85	0.12	1	212
Chemical burn; yes/ no	RR 0.20; 95% CI 0.01, 4.12	0.30	1	212
Haematoma; yes/ no	RR 0.14; 95% CI 0.01, 2.73	0.20	1	212
Febrile morbidly; yes/ no	No events		1	212
Scar formation; yes/ no	RR 1.68; 95% CI 1.21, 2.33	0.002	1	212
Persistent dyspareunia; yes/ no	RR 1.75; 95% CI 0.53, 5.80	0.36	1	212
Marsupialisation compared with total cyst excision				
Recurrence; yes/ no	RR 11.00; 95% CI 0.62, 195.56	0.10	1	154
Duration of procedure; minutes	MD -5.48; 95% CI -7.31, -3.65	<0.00001	1	154
Haematoma; yes/ no	RR 3.00; 95% CI 0.32, 28.21	0.34	1	154
Scar formation; yes/ no	RR 3.00; 95% CI 0.62, 14.40	0.17	1	154
Persistent dyspareunia; yes/ no	RR 5.00; 95% CI 1.13, 22.07	0.03	1	154
Word catheter compared with Jacobi ring				
Recurrence; yes/ no	RR 1.92; 95% CI 0.13, 28.32	0.63	1	38
Operator satisfaction; yes/ no	RR 0.80; 95% CI 0.59, 1.09	0.16	1	38

Outcomes and outcome measures	Effect size estimate	<i>P</i>	Trials number	Participants Number
Patient satisfaction; yes/ no	RR 0.54; 95% CI 0.29, 1.01	0.05	1	38
Incision, drainage and silver nitrate insertion compared with total cyst excision				
Recurrence; yes/ no	No events		1	50
Duration of procedure; minutes	MD -13.50; 95% CI -15.50, -11.50	<0.00001	1	50
Healing time; days	MD -4.60; 95% CI -5.47, -3.73	<0.00001	1	50
Chemical burn; yes/ no	RR 3.00; 95% CI 0.13, 70.30	0.49	1	50
Haematoma; yes/ no	RR 0.20; 95% CI 0.01, 3.97	0.29	1	50
Febrile morbidly; yes/ no	RR 0.50; 95% CI 0.14, 1.78	0.28	1	50
Scar formation; yes/ no	RR 0.20; 95% CI 0.01, 3.97	0.29	1	50
Persistent dyspareunia; yes/ no	RR 0.20; 95% CI 0.01, 3.97	0.29	1	50
Incision, drainage and silver nitrate insertion compared with aspiration and alcohol sclerotherapy injection				
Recurrence; yes/ no	RR 0.39; 95% CI 0.02, 8.73	0.56	1	22
Duration of procedure; minutes	MD 8.00; 95% CI 5.82, 10.18	<0.00001	1	22
Healing time; days	MD 4.40; 95% CI 2.68, 6.12	<0.00001	1	22
Scar formation; yes/ no	RR 2.40; 95% CI 0.55, 10.49	0.24	1	22
Persistent dyspareunia; yes/ no	No events		1	22

Incisión, drenaje e inserción de un catéter Word en comparación con incisión, drenaje e inserción de un anillo de Jacobi

Hubo una sola mujer en cada grupo de tratamiento que tuvo una recurrencia de un quiste sintomático o un absceso de la glándula de Bartholin al comparar la incisión, el drenaje y la inserción de un catéter Word con la incisión, el drenaje y la inserción de un anillo de Jacobi (RR 1.92, 95% IC 0.13–28.32), lo que lleva a estimaciones de efectos imprecisos.¹³ La satisfacción del paciente se comparó entre los grupos (RR 0.54, IC 95% 0.29–1.01), lo que sugiere que si la satisfacción del paciente fuera del 23% para el anillo de Jacobi, sería 6.6–22.9% en el grupo de catéter Word. No se reportó ningún evento adverso.

Incisión, drenaje e inserción de nitrato de plata en comparación con otros tratamientos.

Dos ensayos, que informaron datos de 72 pacientes, compararon la incisión, el drenaje e inserción de nitrato de plata tanto con aspiración como con escleroterapia por aspiración y alcohol y la escisión total del quiste.^{14, 17} La recurrencia de un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin se comparó entre la incisión, el drenaje y la inserción de nitrato de plata inserción y escleroterapia con alcohol (RR 0,39; IC del 95%: 0,02 a 8,73). Con solo una mujer que informó recurrencia, no podemos interpretar más estos resultados. En cuanto a la duración del procedimiento, la incisión, el drenaje y la inserción de nitrato de plata fueron más rápidos de completar que la escisión del quiste de Bartholin (DM -13,50 minutos, IC del 95%: -15,50 a -11,50 minutos), sin embargo, tardó más en completarse que la aspiración y escleroterapia con alcohol (DM 8,00 minutos, IC 95% 5,82-10,18 minutos). Los tiempos de curación informados para la incisión, el drenaje y la inserción de nitrato de plata fueron más cortos que la escisión del quiste de Bartholin (DM -4,60 días, IC del 95%: -5,47 a -3,73 días) pero más larga que la aspiración y la escleroterapia con alcohol (DM 4,40 días, IC del 95% 2,68) -6,12 días). Hubo algunos eventos adversos reportados.

Discusión

Hallazgos principales

La evidencia de ensayo aleatorizada actual no respalda el uso de ninguna intervención quirúrgica única para el tratamiento de un quiste sintomático o un absceso de la glándula de Bartholin. Las estimaciones de las diferencias en las tasas de recurrencia entre los tratamientos fueron imprecisas y, por lo tanto, hay evidencia limitada sobre el verdadero efecto del tratamiento.

La marsupialización y la incisión, el drenaje y la inserción del catéter Word son intervenciones que se ofrecen comúnmente a mujeres con un quiste o un absceso de la glándula de Bartholin. Dado esto, es sorprendente que solo un ensayo haya comparado directamente estas intervenciones. Este ensayo informó evidencia de efectos notables en cualquier dirección; por lo tanto, debido a la falta de evidencia, la efectividad de estas intervenciones comunes sigue siendo desconocida. La efectividad de otras intervenciones, como el cierre de la cavidad, la escleroterapia con alcohol y la inserción del catéter con anillo de goma, no se ha evaluado suficientemente dentro de un entorno de ensayo aleatorio. Al considerar los resultados clave de seguridad, hubo informes limitados de los resultados informados por los pacientes, dispareunia persistente y eventos adversos.

Fortalezas y limitaciones

Los puntos fuertes de esta revisión sistemática registrada prospectivamente incluyen su estrategia de búsqueda integral, diseño metodológico y análisis estadístico. Todos los estudios incluidos informaron el resultado primario, la recurrencia del quiste o absceso de Bartholin. La inclusión de una variedad de resultados, incluidos los resultados informados por el paciente y los eventos adversos, aseguró una evaluación más integral de las diferentes intervenciones quirúrgicas.

Las revisiones sistemáticas no están exentas de limitaciones. La estrategia de búsqueda integral identificó ocho ensayos aleatorios que a menudo informaron datos de un número relativamente pequeño de mujeres. Los ensayos incluidos informaron datos agrupados en mujeres con un quiste sintomático y un absceso de la glándula de Bartholin y no pudimos sacar conclusiones con respecto a la efectividad de las intervenciones individuales dentro de estas poblaciones de pacientes distintivas. El metanálisis por parejas no fue posible porque no hubo dos ensayos que compararan intervenciones similares. Para realizar comparaciones indirectas, podría considerarse el metanálisis de red para estos datos, pero debido a que los ensayos incluidos son pequeños, de calidad limitada y de efectividad limitada, la ganancia adicional mediante el uso de estadísticas avanzadas no es apropiada.

Hubo informes limitados de eventos adversos importantes, como hematoma, morbilidad febril y dispareunia persistente. Cuando se informaron resultados secundarios, a menudo hubo muy pocos eventos para hacer comparaciones significativas. Se utilizaron análisis por intención de tratar para el resultado primario y otros resultados binarios. Por lo tanto, asumimos que todas las mujeres que se retiraron del estudio no experimentaron el evento de interés.

Interpretación

Wechter et al.⁷ describieron un tratamiento ideal para un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin. El tratamiento debe ser rápido y seguro, realizado como paciente ambulatorio con anestesia local, con recurrencia poco frecuente y curación rápida". Lamentablemente, la evidencia de la investigación actual no logra identificar dicho tratamiento. A la luz de esta incertidumbre, las decisiones pragmáticas con respecto al manejo más apropiado se basan en las preferencias individuales del paciente, la disponibilidad de diferentes modalidades de tratamiento y la experiencia y pericia del operador.

Dada la evidencia disponible, los autores en línea con las conclusiones hechas por Kroese et al.¹⁵ recomiendan que la incisión, el drenaje y la inserción de un catéter Word se consideren como el tratamiento de primera línea para un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin. Aunque la evidencia actual no indica diferencias en las tasas de recurrencia de un quiste sintomático o un absceso de la glándula de Bartholin en comparación con la marsupialización, la inserción de un catéter Word ofrece otras ventajas, incluida la capacidad de realizar el procedimiento dentro de un consultorio, el evitar la anestesia general y reducir la utilización de recursos, como las camas de hospital y el uso del tiempo en el quirófano. Las mujeres deben ser informadas de la diferencia en la intensidad del dolor durante el primer día

postoperatorio, y las mujeres informan una mayor intensidad del dolor después de la inserción del catéter Word en comparación con la marsupialización.

Se debe prestar especial atención a las estrategias que pueden reducir el riesgo de recurrencia garantizando que los operadores estén bien entrenados, que la cavidad esté completamente evacuada y que los antibióticos se adapten a las sensibilidades microbiológicas; Se sabe que estos enfoques reducen las tasas de recurrencia y previenen la morbilidad, incluida la sepsis postoperatoria^{19, 20}. Cualquiera que sea el tratamiento ofrecido, todas las mujeres con un quiste sintomático o un absceso de la glándula de Bartholin deben recibir asesoramiento sobre el alto riesgo de recurrencia futura. Las tasas de recurrencia informadas en nuestra revisión son consistentes con las tasas de recurrencia informadas en la literatura publicada, que varían de 2.7 a 17.4% .^{2, 7}

Se necesita más investigación. Las intervenciones de uso común, incluidas la aspiración, la escleroterapia con alcohol y el catéter con anillo de goma o Word, podrían considerarse posibles candidatos para la evaluación. Además, sería prudente invertir recursos en el desarrollo de intervenciones novedosas, incluidos dispositivos que son más pequeños, menos incómodos y más propensos a permanecer en su lugar durante el proceso de fistulización. Otros enfoques podrían incluir la evaluación del tratamiento antimicrobiano anterior de un quiste o absceso sintomático de la glándula de Bartholin, la terapia adyuvante antimicrobiana después de una intervención quirúrgica o el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas. El tratamiento antimicrobiano futuro debe considerar las diferencias en el microbioma vaginal y los posibles organismos patógenos en función de las características del paciente, incluida la etnia.

Conclusión

La evidencia de ensayo aleatorizada actual no respalda el uso de ninguna intervención quirúrgica única para el tratamiento de un quiste sintomático o un absceso de la glándula de Bartholin. Aunque la evidencia actual no indica diferencias en las tasas de recurrencia de un quiste sintomático o un absceso de la glándula de Bartholin en comparación con la marsupialización, la inserción de un catéter Word ofrece otras ventajas, incluida la capacidad de realizar el procedimiento dentro de un consultorio, el evitar la anestesia general y reducir la utilización de recursos, como las camas de hospital y el uso del tiempo en el quirófano. Se requiere más investigación para desarrollar intervenciones novedosas, incluidos dispositivos que sean más pequeños, menos incómodos y más propensos a permanecer en su lugar durante el proceso de fistulización.

Divulgación de intereses.

Los autores informan que no hay conflictos de intereses relevantes. Los formularios completos de divulgación de intereses están disponibles para ver en línea como información de respaldo.

Contribuciones de autor

Todos los autores contribuyeron al concepto de diseño del estudio y al diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y revisión crítica del manuscrito para contenido intelectual importante.

Estado de financiación

El estudio no recibió fondos.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer al Sr. David J. Mills por su apoyo administrativo y material.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Referencias

- 1Berger MB, Betschart C, Khandwala N, DeLancey JO, Haefner HK. Incidental Bartholin gland cysts identified on pelvic magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 2012; **120**: 798– 802.

[Crossref PubMed Web of Science@Google Scholar](#)

- 2Marzano DA, Haefner HK. The Bartholin gland cyst: past, present, and future. *J Low Genit Tract Dis* 2004; **8**: 195– 204.

[Crossref PubMed Google Scholar](#)

- 3Lee 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**: 22– 5.

[Crossref PubMed Google Scholar](#)

Obstetrics &
Gynaecology 

Fuente: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16079>