

BMJ Best Practice

Cisto de Bartholin

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
Tratamento	13
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	18
Acompanhamento	25
Recomendações	25
Complicações	25
Prognóstico	25
Diretrizes	26
Diretrizes de tratamento	26
Referências	27
Imagens	30
Aviso legal	35

Resumo

- ◇ Oclusão não infecciosa do ducto de Bartholin distal, com retenção de secreções resultante.
- ◇ Diagnosticado no exame clínico. A aparência clássica é de uma estrutura cística com protrusão medial no aspecto inferior dos grandes lábios, na posição de 150 ou 210 graus, cruzada pelos pequenos lábios.
- ◇ Identificado em cerca de 2% das mulheres que se apresentam para cuidados ginecológicos nos EUA e mais comum em mulheres em idade reprodutiva. Em mulheres menopausadas com massa vulvar, é necessário considerar malignidade.
- ◇ Um abscesso na glândula de Bartholin pode resultar de infecção polimicrobiana não gonorréica do fluido do cisto ou, com menos frequência, de infecção primária da glândula ou ducto.
- ◇ O tratamento de um cisto pode ser conservador ou cirúrgico e depende do tamanho, dos sintomas, da presença de infecção e se o cisto é recorrente.
- ◇ Antibióticos de amplo espectro são recomendados para o tratamento de abscessos na glândula de Bartholin. É provável que incisão e drenagem sejam necessárias.

Definição

Um cisto no ducto de Bartholin é uma oclusão não infecciosa do ducto de Bartholin distal, com retenção de secreções resultante. Os ductos de Bartholin pareados estão localizados no vestíbulo posterior e constituem um caminho para as secreções das glândulas de Bartholin. Um cisto no ducto de Bartholin, se pequeno, poderá ser assintomático. Geralmente, ele se apresenta como uma massa com protrusão medial no aspecto inferior dos grandes lábios, no introito posterior, e é cruzado pelos pequenos lábios. Os cistos no ducto e na glândula são indistinguíveis, e os termos são usados de forma intercambiável. Um abscesso no ducto de Bartholin pode ser primário (causado por bartolinite) ou secundário (causado por infecção do cisto de Bartholin).[1]

Epidemiologia

Embora cistos no ducto de Bartholin sejam identificados em cerca de 2% das mulheres que se apresentam para cuidados ginecológicos nos EUA, a incidência e a prevalência são desconhecidas tanto nos EUA quanto no restante do mundo.[6] Foram observados cistos identificados na glândula de Bartholin em cerca de 3% das mulheres submetidas à ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica (que atuavam como controles em estudos de pesquisa).[7]

O abscesso de Bartholin é diagnosticado cerca de 3 vezes com mais frequência que um cisto de Bartholin, mas os autores acreditam que essa estatística seja reflexo do comportamento na busca por cuidados (por exemplo, mulheres que buscam cuidados devido ao aumento da dor causada por um abscesso).

O tamanho do cisto depende do acúmulo das secreções na glândula de Bartholin e é exemplificado pelo rápido aumento durante a atividade sexual e encolhimento/estabilidade do tamanho do cisto em mulheres com atividade sexual diminuída. Geralmente, os cistos de Bartholin ocorrem em mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva. A maioria dos casos ocorre entre 20 e 50 anos, sendo que 72% ocorrem antes dos 30 anos e apenas 10% em mulheres >40 anos de idade.[8]

Abscessos e cistos de Bartholin são extremamente raros antes da puberdade e foram relatados apenas 2 casos envolvendo neonatos na literatura.[9]

Por outro lado, embora mulheres menopausadas possam apresentar cistos de Bartholin benignos, é necessário suspeitar de malignidade, levando-se em conta a atividade sexual diminuída e a resposta secretora reduzida nessa faixa etária, juntamente com o aumento do risco de crescimento neoplásico.

Etiologia

Os cistos de Bartholin surgem no sistema de ductos da glândula de Bartholin e, geralmente, são resultado da oclusão do ducto principal do vestíbulo. Acredita-se que as glândulas apresentem uma função lubrificante durante a relação sexual e um efeito hidratante nas superfícies da vulva. Embora a obstrução do ducto seja um fator etiológico essencial, a causa da obstrução é geralmente obscura.[6] Ela pode decorrer de muco ou trauma ou de infecção e edema comprimindo o ducto.[10] [11] O tamanho do cisto depende do acúmulo das secreções na glândula e é exemplificado pelo rápido aumento durante a atividade sexual e encolhimento ou estabilidade do tamanho do cisto em mulheres com atividade sexual diminuída. Geralmente, é identificado quando o cisto tem de 1 a 4 cm de diâmetro. Um cisto de Bartholin prévio aumenta o risco de outro cisto, principalmente se o tratamento anterior foi incompleto. O tratamento anterior pode causar cicatrização e estenose da abertura do ducto.

Um abscesso de Bartholin resulta, com mais frequência, de infecção não gonorréica polimicrobiana do fluido do cisto, em vez de infecção primária da glândula ou do ducto. Um mecanismo de entrada proposto é infecção ascendente por meio de uma abertura estenótica pequena demais para permitir a emissão de secreção mucosa espessa da glândula de Bartholin.[6] Embora as culturas possam revelar ausência de crescimento ou presença de um "abscesso estéril", as infecções tendem a ser polimicrobianas com membros anaeróbios, facultativos e aeróbios da flora vaginal.[1] [12] [13] Um estudo que envolveu 219 mulheres revelou que 38.2% dos abscessos da glândula de Bartholin são estéreis, enquanto 61.8% têm cultura positiva, sendo o patógeno mais comum a *Escherichia coli*, seguida por infecções polimicrobianas, *Staphylococcus aureus*, estreptococos do grupo B e espécies de *Enterococcus*. Foram identificados três casos de cepas de *E coli* que produziam beta-lactamase de espectro estendido.[14] Raramente, o cisto ou o abscesso de Bartholin ocorre após episiotomia, trauma ou cirurgia vulvovaginal. Os isolados comuns dos abscessos da glândula de Bartholin são:[12] [13] [15]

- *Staphylococcus aureus*
- *Staphylococcus epidermidis*
- *Streptococcus faecalis*
- Estreptococos do grupo B
- Espécies de *Enterococcus*
- *Escherichia coli*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Bacteroides fragilis*
- *Clostridium perfringens*
- Espécies de *Peptostreptococcus*
- Espécies de *Fusobacterium*
- Coliformes
- *Neisseria gonorrhoeae* (não há relatos nas séries de casos mais recentes)
- *Chlamydia trachomatis* (não há relatos nas séries de casos mais recentes)

Fisiopatologia

As glândulas de Bartholin pareadas estão localizadas na parte profunda do compartimento perineal, entre a fáscia profunda e superficial do diafragma urogenital e imediatamente posterior aos bulbos vestibulares.[16] Os ductos atravessam o tecido conjuntivo frouxo do compartimento superficial para sair no vestíbulo distal ao hímen nas posições de 150 e 210 graus.[8] [10] O diagnóstico de cisto de Bartholin é feito com base na aparência clínica, mas a distinção entre os cistos do ducto e da glândula só pode ser feita com base na histopatologia e é mais uma questão teórica que clínica. O ducto é revestido por epitélio transicional, enquanto o revestimento do ácino da glândula é uma única camada de epitélio colunar ou cúbico.[8]

Prevenção primária

Não há evidências que deem suporte a uma estratégia preventiva. No entanto, o tratamento das condições da vulva, como dermatoses ou dermatite, para melhorar a função e a condição geral da pele, minimizaria o risco de oclusão do ducto em decorrência de irritação ou inflamação.

Prevenção secundária

O tratamento de um cisto assintomático grande pode reduzir a ocorrência de infecção secundária e formação de abscesso, mas pode surgir um abscesso sem um cisto preexistente.^[2]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher nulípara de 22 anos apresenta dor e edema na vulva. Alguns dias antes, ela observou o início súbito do edema com desconforto crescente após relação sexual. Seu parceiro é assintomático. Ela nega história de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Seu exame físico geral não apresenta nada digno de nota e ela está afebril. No exame da vulva, é observado um edema no aspecto medial dos lábios vaginais e no introito, com os pequenos lábios no sentido transversal à massa cística.

[Fig-1]

Não há adenopatia palpável na virilha. Não há lesões nem escoriações presentes. O cisto está levemente sensível à palpação. O exame do espéculo vaginal revela mucosa de aparência normal sem secreção significativa.

Caso clínico #2

Uma mulher nulípara de 32 anos apresenta dor intensa e edema na vulva. Ela sentiu dor cada vez mais intensa ao longo do dia anterior, não aliviada por analgésicos orais (paracetamol). Ela nega história de DSTs, e seu parceiro está assintomático. No exame físico, a paciente sente desconforto intenso e tem dificuldade para sentar-se. Ela está levemente febril. No exame, a vulva esquerda está eritematosa, com edema do aspecto medial e do introito, com os pequenos lábios no sentido transversal a um edema cístico.

[Fig-2]

Não há envolvimento da vagina distal e não há adenopatia palpável na virilha. Não há lesões nem escoriações presentes. O cisto está muito sensível à palpação, e a paciente não consegue tolerar a inserção do espéculo para inspeção vaginal.

Outras apresentações

O cisto de Bartholin pode ser bilateral e pode haver distúrbios vulvares concomitantes (por exemplo, dermatite de contato, líquen simples e outras dermatoses), tumores não císticos (neoplasias malignas ou benignas) ou, raramente, fístula. Ocasionalmente, ocorre a dissecação anterolateral dos cistos nos grandes lábios.[2] A incidência de neoplasia de Bartholin é baixa (<1 em 500.000 mulheres), mas deve ser considerada nas mulheres pós-menopáusicas com quaisquer lesões não-císticas

[Fig-3]

ou em qualquer cisto com uma aparência atípica.[3] Relatos de fístula retal de Bartholin são raros.[4] [5] No entanto, a ocorrência de fístula deve ser considerada em mulheres que apresentam drenagem purulenta persistente e tecido de granulação envolvendo o ducto de Bartholin.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de cistos e abscessos de Bartholin é realizado de forma clínica e imediata com base na inspeção visual da vulva. Investigações adicionais não são necessárias para a realização do diagnóstico.

História

Eles podem ser assintomáticos e identificados por acaso durante um exame pélvico. A maioria dos cistos de Bartholin ocorre em mulheres em idade reprodutiva entre 20 e 50 anos.[8] Os sintomas podem incluir dor ao sentar-se ou caminhar ou durante a relação sexual.[17] O tamanho do cisto depende do acúmulo das secreções na glândula e é exemplificado pelo rápido aumento durante a atividade sexual e encolhimento ou estabilidade do tamanho do cisto em mulheres com atividade sexual diminuída. As pacientes também podem queixar-se de uma sensação de preenchimento ou pressão, especialmente em cistos de tamanho crescente.[10] Em geral, a maioria dos abscessos se desenvolve rapidamente e está associada à dor intensa. Cerca de um terço das mulheres com abscesso de Bartholin apresentam febre.

Exame físico

A estrutura cística clássica, com protrusão medial no aspecto inferior dos grandes lábios (na posição de 150 ou 210 graus), atravessada pelos pequenos lábios, é típica.

[Fig-1]

[Fig-4]

Ocasionalmente, ocorre a dissecação anterolateral dos cistos nos grandes lábios.[2] Quando há infecção ou formação de abscesso,

[Fig-2]

a massa geralmente é sensível à palpação, e pode haver induração, eritema, saída de secreção ou febre sistêmica.

Exclusão de outras causas

Quando a massa vulvar não é classicamente cruzada pelos pequenos lábios no aspecto inferior dos lábios vaginais, é improvável que seja um cisto de Bartholin.

A maioria das outras causas de edemas na vulva, como cistos de inclusão epidérmica, cistos mucosos ou cistos do canal de Nuck, está localizada nos grandes lábios e não é transeccionada pelos pequenos lábios.

Os ductos de Skene estão localizados adjacentes ao meato uretral e não nos vestíbulos posteriores. Embora o tratamento também possa ser justificado no caso de outros cistos vulvares, a abordagem pode ser diferente, de acordo com a etiologia.

Embora o câncer da glândula de Bartholin seja extremamente raro (incidência <1 em 500,000 mulheres), ele deve ser considerado em mulheres que apresentam um processo de Bartholin irregular/firme.[6] A apresentação clássica do câncer da glândula de Bartholin é uma massa irregular e nodular na região do ducto/glândula.[2] A incidência é mais alta entre mulheres na faixa dos 60 anos, mas deve ser considerada em todas as mulheres com nodularidade, irregularidade ou induração persistente.[18]

[Fig-2]

[Fig-3]

Investigações

Não são necessários exames de sangue de rotina.

A cultura microbiológica e as sensibilidades do material do abscesso não são necessárias para diagnosticar um abscesso de Bartholin. Elas podem ser úteis para identificar o organismo predominante e direcionar o tratamento antimicrobiano quando a remissão é incompleta após incisão e drenagem. Mais de 80% das culturas de cistos de Bartholin e cerca de 33% das culturas de abscessos de Bartholin são estéreis.[19]

Será necessário realizar uma biópsia da lesão se houver suspeita de malignidade com base na aparência clínica. Também deve ser considerada em mulheres >40 anos de idade que apresentem um cisto ou um abscesso de Bartholin, considerando-se o aumento da incidência de câncer da glândula de Bartholin entre mulheres na menopausa.

Fatores de risco

Fortes

mulher em idade reprodutiva

- A maioria dos cistos ocorre em mulheres em idade reprodutiva entre 20 e 50 anos.[8]

cisto/abscesso de Bartholin prévio

- Um fator de risco, principalmente se o tratamento inicial foi incompleto (por exemplo, se um cateter Word se deslocar antes da conclusão da epitelização). Procedimentos repetitivos também podem resultar em estreitamento adicional e cicatrização do orifício do ducto, aumentando a probabilidade de recorrência.

atividade sexual

- O tamanho do cisto depende do acúmulo das secreções na glândula e é exemplificado pelo rápido aumento durante a atividade sexual e encolhimento ou estabilidade do tamanho do cisto em mulheres com atividade sexual diminuída.

Fracos

cirurgia ou trauma direto

- Raramente, o cisto ou o abscesso ocorre após episiotomia, trauma ou cirurgia vulvovaginal.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

massa vulvar/perineal (comum)

- Classicamente, uma estrutura cística com protrusão medial no aspecto inferior dos grandes lábios na posição de 150 ou 210 graus. Ela é atravessada pelos pequenos lábios. Ocasionalmente, os cistos se disseminam pelos grandes lábios.[2]

pressão ou preenchimento vulvar (comum)

- Os cistos podem criar um fenômeno de pressão no introito.[2] Embora cistos pequenos possam ser assintomáticos, as mulheres observam a presença de preenchimento ou pressão com tamanho crescente.

dor ao sentar-se ou caminhar (comum)

- Há maior probabilidade de cistos maiores causarem desconforto, e é possível sentir dor ao sentar-se ou caminhar. A dor pode ser particularmente intensa com a formação de abscesso.

Outros fatores de diagnóstico**febre (comum)**

- Cerca de um terço das mulheres com abscesso apresentam febre.

dispareunia (comum)

- Com o tamanho crescente do cisto, as mulheres observam aumento dos sintomas. Cistos maiores apresentam protrusão medial, obscurecendo o introito, e isso pode resultar em atividade sexual dolorosa.^[2]

eritema e induração vulvar (comum)

- As pacientes com sintomas mais graves apresentam evidência de infecção ou formação de abscesso.

ruptura espontânea (incomum)

- Os abscessos se desenvolvem rapidamente (em 2 a 3 dias) e tendem a romper-se espontaneamente.^[6] Evidência de drenagem e alívio da dor sugere a ocorrência de ruptura espontânea.

Exames diagnóstico**Exames a serem considerados**

Exame	Resultado
microscopia e cultura de material do abscesso <ul style="list-style-type: none"> • Não são necessárias para diagnosticar um abscesso, mas podem ajudar a identificar o organismo predominante e direcionar o tratamento antimicrobiano quando a remissão é incompleta após incisão e drenagem. • Mais de 80% das culturas de cistos e cerca de 33% das culturas de abscessos são estéreis.^[19] 	crescimento polimicrobiano
biópsia da lesão vulvar <ul style="list-style-type: none"> • Deverá ser realizada se houver suspeita de malignidade com base na aparência clínica. Também deve ser considerada em mulheres >40 anos de idade que apresentem um cisto ou um abscesso de Bartholin, considerando-se o aumento da incidência de câncer da glândula de Bartholin entre mulheres na menopausa. • A incidência é mais alta entre mulheres na faixa dos 60 anos, mas deve ser considerada em todas as mulheres com mais de 40 anos e na presença de lesões com nodularidade, irregularidade ou induração persistente.^[18] • A apresentação clássica do câncer da glândula de Bartholin é uma massa irregular e nodular na região do ducto/glândula.^[2] 	ausência de células malignas

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Cisto mucoso do vestíbulo	<ul style="list-style-type: none"> Tende a ser mole, <2 cm de diâmetro, superficial e liso.[15] 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Hematoma vulvar	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente ocorre após trauma ou sangramento intraoperatório. O sangue extravasado pode expandir-se para o tecido conjuntivo frouxo dos lábios e causar edema considerável. Esse edema tenso é excepcionalmente doloroso.[18] [20] 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Fibroma vulvar	<ul style="list-style-type: none"> Lesão assintomática firme, não cística, que ocorre geralmente nos grandes lábios, no corpo perineal ou no introito.[15] [18] 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Lipoma vulvar	<ul style="list-style-type: none"> Tumor gorduroso do tecido subcutâneo, mole, com cor de pele; geralmente assintomático e de crescimento lento.[11] [20] [Fig-5] Geralmente, nos grandes lábios, e é possível encontrar lipomas adicionais na parte inferior do abdome ou nas coxas.[11] [15] 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Cisto do canal de Nuck	<ul style="list-style-type: none"> Edema cístico na dobra inguinal ou nos grandes lábios anteriores. Não atravessado pelos pequenos lábios. Surge de restos do peritônio quando este atravessa o canal inguinal, portanto, os cistos podem ocorrer em qualquer lugar ao longo do caminho do canal inguinal ou no interior dos grandes lábios. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Cisto de inclusão epidérmica (cisto sebáceo, queratinoso ou epidermoide)	<ul style="list-style-type: none"> • Tende a ser assintomático, pequeno e múltiplo, com agrupamento nos grandes lábios.[15] • Pode ter uma aparência amarelada e ser firme e nodoso.[20] 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico.
Lesão maligna da glândula de Bartholin	<ul style="list-style-type: none"> • Tende a se apresentar em mulheres mais velhas (>50 anos) como uma massa nodular e irregular na vulva, com ou sem ulcerações.[3] [10] [Fig-3] 	<ul style="list-style-type: none"> • A biópsia da lesão confirma ou exclui malignidade.

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, e a escolha depende dos sintomas, da idade da paciente e se há infecção.[1] [21]

As metas do manejo cirúrgico são preservar a função glandular e prevenir a recorrência da doença.[22] Cistos pequenos e assintomáticos podem não exigir tratamento.[6] [18] Há maior probabilidade de cistos maiores serem sintomáticos. Já foram propostas várias modalidades cirúrgicas, que têm como objetivo a criação de um novo óstio ductal para permitir a drenagem contínua ou a destruição do revestimento das paredes do cisto.[1] A taxa de sucesso geral da cirurgia (marcada pela ausência de edema e desconforto e a aparência de um ducto de drenagem livre) é 85%, independentemente do método utilizado. Um teste relatou taxas de recorrência similares entre mulheres com abscesso ou cisto recorrente na glândula de Bartholin que foram randomizadas para tratamento com um cateter de Word ou marsupialização (12% vs. 10%, respectivamente, em 1 ano de tratamento, $P = 0.70$).[23] O tratamento com um cateter de Word foi associado a menos dor durante o período de 24 horas pós-procedimento e a um intervalo de tempo menor entre o diagnóstico e a intervenção.[23]

Nenhuma das opções de tratamento é contraindicada em gestantes, mas o aumento do fluxo sanguíneo pélvico durante a gestação pode causar sangramento excessivo no tratamento cirúrgico.[18] A menos que o cisto obstrua a vagina (distocia dos tecidos moles), no caso de gestantes, a cirurgia deve ser protelada para depois do parto.

A metanálise não determinou um consenso claro relativo à melhor opção de tratamento único.[24]

Pacientes assintomáticos

Um cisto de Bartholin pequeno, quiescente e assintomático deve ser ignorado e manejado com banhos de assento ou compressas quentes para auxiliar a drenagem.[19] Geralmente, nenhum tratamento adicional é necessário em mulheres <40 anos.[2] [6] [18] Acima dos 40 anos, é necessário considerar a possibilidade de malignidade, e a biópsia poderá ser indicada, mas os cistos assintomáticos simples podem ser tratados da mesma forma depois que a malignidade é excluída.

Sintomática

Qualquer procedimento que preserve a função e previna a formação de um cisto e um abscesso é preferível à excisão da glândula.[6] A morbidade associada à excisão cirúrgica de cistos de Bartholin é mais frequente que o reconhecido geralmente e inclui celulite, recorrência, hemorragia intra e pós-operatória, hematoma e tecido cicatricial doloroso.[6] Na ausência de celulite, a antibioticoterapia é desnecessária.[1] [15] Mais de 80% das culturas de cistos de Bartholin e cerca de 33% das culturas de abscessos de Bartholin são estéreis.[19] Na presença de celulite, são recomendados antibióticos de amplo espectro, pois geralmente a infecção é polimicrobiana. Pacientes diabéticas com celulite precisam de observação cuidadosa, pois são suscetíveis à infecção necrosante. Deve-se considerar internação hospitalar.

Marsupialização[25]

- Os objetivos da marsupialização são criar uma nova junção mucocutânea entre a parede do cisto e a pele dos lábios vaginais e colocá-la aproximadamente na posição normal.[8] [26] Isso possibilita manter a patência da glândula de maneira a não perder a função secretora. É possível executar a mesma operação com pequenas variações, independentemente de o cisto estar infectado, roto

ou ser recorrente.[10] [26] No entanto, se a infecção for acompanhada por necrose e inflamação pronunciada, ocorrerá o repuxamento das suturas, impossibilitando a marsupialização. Isso pode ser feito mediante bloqueio do nervo podendo ou aplicação de anestésico local,[10] sendo o tratamento preferido para muitos médicos.[8]

- O procedimento envolve a realização de uma incisão de 1.5 a 2 cm distal ao hímen, dentro do introito, na região da abertura normal do ducto. É realizada uma incisão na parede do cisto, que é unida à borda da pele vestibular com suturas interrompidas. Se ocorrer o repuxamento das suturas iniciais, será possível tentar uma sutura maior. Se também ocorrer o repuxamento da sutura maior, não deverão ser feitas mais tentativas. A abertura deverá ser o mais larga possível, de preferência grande o suficiente para acomodar 2 dedos, pois seu tamanho será reduzido pela metade em 1 a 3 semanas.[6] [8] [26] São recomendados dois banhos de assento diários no período pós-operatório.
- Variações nessa técnica foram descritas, incluindo o uso de laser de dióxido de carbono para criar um defeito no cisto hemostático sem o uso de sutura.[25] [27] [28] [29] acondicionar com uma gaze impregnada com iodoformio, que é removida após 1 semana, usar drenos de borracha depois de fazer uma incisão linear no cisto, excisar uma porção elíptica do revestimento do cisto ou remover uma seção oval do tecido (a técnica da janela).[10] As possíveis vantagens dessa técnica incluem a redução da taxa de recorrência.[10] [22] Também há descrição do uso de iodo para identificar o local ideal da incisão para posicionamento anatômico do óstio.[30]
- São complicações da marsupialização dor moderada, formação de hematoma, cicatrização prolongada e dispareunia decorrente da cicatrização.[1] [15] A taxa de recorrência é entre 2% e 25%.[1] [10]

Drenagem com cateter

- O cateter Word constitui um tratamento ambulatorial seguro, simples e eficaz e é uma alternativa razoável à marsupialização.[17] A incisão para o cateter deve ser feita exterior ao hímen, dentro do introito, na região da abertura normal do ducto. Se o cisto estiver muito profundo, a colocação do cateter será difícil e talvez inviável. O uso clínico é limitado pela disponibilidade e a tendência do cateter de se deslocar.[31] O cateter tem o tamanho de um cateter de Foley 10F com uma haste de 2 a 3 cm. Uma tampa lacrada é instalada em uma das pontas, e um balão inflável de látex com capacidade de 5 mL é colocado na outra ponta.[6] O cateter deve permanecer no local por 4 a 6 semanas, a fim de permitir a epiteliação de um trato.[2] [6] A dor ou o desconforto contínuo 24 horas após a inserção indica que o bulbo é grande demais. Isso pode ser facilmente corrigido removendo-se uma parte do fluido do bulbo.
- A colocação de um cateter Word envolve as seguintes etapas:
 - Identificar o local para colocação do cateter (exterior e paralelo ao hímen).
 - Antes da colocação, testar o balão do cateter Word com 2 a 4 mL de soro fisiológico estéril para garantir que não haja vazamento.
 - Lavar o local com sabão cirúrgico (por exemplo, solução de povidona iodada).
 - Anestesiá-lo com anestésico local (por exemplo, lidocaína a 1%).
 - Fazer uma pequena incisão perfurante com uma lâmina de bisturi número 11 na cavidade do cisto (paralela ao hímen); a incisão perfurante deve ter, no máximo, de 3 a 4 mm para evitar a queda do cateter.

- Introduzir o cateter Word na cavidade do cisto após a drenagem do conteúdo.
- Encher o balão com 2 a 4 mL de soro fisiológico esterilizado.
- Amarrar uma sutura ao redor do cateter para impedir que o balão vaze ou desinfe.
- Prender a ponta do cateter na vagina.
- Um estudo analisou a qualidade de vida e a atividade sexual de 30 mulheres com cisto ou abscesso de Bartholin durante o tratamento com um cateter Word e constatou que o desconforto e a dor na atividade sexual diminuíram significativamente da apresentação inicial até o fim do tratamento.[32] Embora atualmente esse seja o único estudo a tratar da qualidade de vida e atividade sexual durante o tratamento de cisto de Bartholin, os achados são limitados pela metodologia, incluindo a ausência de grupo-controle.
- Um cateter em anel de Jacobi cria 2 tratos de drenagem em vez de 1, e é considerado tão eficaz quanto um cateter Word.[33] Há descrição de uma técnica semelhante que emprega um pequeno cateter em anel produzido com tubo do escalpe Vacutainer®. Um pedaço de sutura Vicryl é passado pelo lúmen, e o tubo é puxado por 2 pequenas incisões perfurantes na cavidade do cisto e amarrado para criar uma alça.[31]

Excisão

- A excisão do cisto do ducto ou da glândula era o tratamento primário padrão de um cisto de Bartholin até o final da década de 1960.[1] Ela deixou de ser o tratamento de escolha para cirurgia primária, mas pode ser necessária para cistos recorrentes. A ausência de uma glândula de Bartholin pode causar ressecamento da vulva, com prurido intenso, queimação e dispareunia.[8] [18] [26] [34]
- Ela deve ser realizada por um cirurgião ginecológico experiente, com o uso de anestesia geral, em virtude da possibilidade de sangramento excessivo do plexo venoso subjacente.[1] [10] [16] [18] A excisão poderá ser difícil quando várias tentativas prévias foram feitas com o objetivo de drenar um cisto ou um abscesso, tendo levado à formação de adesões. Não deve ser realizada na presença de infecção ativa.[10] A parafina líquida pode auxiliar na dissecação.[16]
- São complicações da excisão hemorragia, formação de hematomas, celulite, sepse, danos ao reto, deformidade estética e formação de tecido cicatricial.[10] [16] [18] [22]

Aspiração/incisão e drenagem da cavidade do cisto

- A aspiração dos cistos vem sendo empregada com taxas de cura de 85%, mas atualmente ela é desencorajada em favor de intervenções que recriam os orifícios ductais.[27] O processo de incisão e drenagem é rápido e fácil, oferece alívio imediato, mas está associado a uma alta incidência de recorrência.[1] [18] Além disso, como a cicatrização pode dificultar a colocação do cateter ou a marsupialização subsequente, a técnica de incisão e drenagem não é recomendada.

Cauterização com nitrato de prata

- O nitrato de prata é um agente esclerosante químico e germicida custo-efetivo. Há descrição do seu uso no tratamento ambulatorial de cistos e abscessos.[10] [35] Entre os benefícios da aplicação do nitrato de prata estão baixa taxa de morbidade precoce e tardia, baixa taxa de recorrência e não utilização de suturas.[35] Um ensaio clínico randomizado e controlado prospectivo constatou que o uso de nitrato de prata e a marsupialização foram igualmente eficazes, sendo menor a formação de cicatriz observada com o uso de nitrato de prata.[36] As

complicações incluem queimaduras químicas dos lábios vaginais ou da mucosa adjacente, edema dos lábios vaginais, secreção hemorrágica ou purulenta e recorrência do cisto.[10]

Escleroterapia com álcool

- Comparada à aspiração, a escleroterapia com instilação de álcool reduziu o tempo de tratamento, com baixa taxa de recorrência.[21] A evacuação completa do álcool injetado é essencial para evitar a necrose da parede do cisto. Comparada ao nitrato de prata, a escleroterapia com álcool apresentou igual eficácia, com menos complicações e um tempo de cicatrização menor. Não houve recorrências no acompanhamento de 24 meses.

abscesso de Bartholin

Se a ruptura de um abscesso ocorrer espontaneamente, o manejo conservador com banhos de assento regulares, antibióticos de amplo espectro e analgesia, em geral, será o suficiente.[18] É possível tratar abscessos pequenos com a aplicação local de curativos quentes e umedecidos ou banhos de assento regulares. Isso promove a drenagem espontânea do abscesso ou a evolução para um estágio adequado para incisão e drenagem.[6] [18] Há recorrência do abscesso após a incisão e a drenagem em até 15% dos casos. Ocasionalmente, o tratamento precoce da infecção com antibióticos de amplo espectro previne a formação do abscesso.

Após a drenagem (espontânea ou cirúrgica), é recomendável um tratamento com antibióticos de amplo espectro. Também é possível considerar o uso de um cateter. A proteção da cavidade ou a permanência de um cateter in situ promove a formação de um trato de drenagem e pode reduzir o risco de recorrência.[31] Métodos cirúrgicos definitivos são, preferencialmente, adiados até a remissão da infecção e da inflamação ativas. Não há evidências que deem suporte a uma estratégia de manejo específica, e pode haver recorrência dos abscessos.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo (resumo)	
cisto assintomático	
1a	manejo conservador
cisto sintomático	
1a	marsupialização
adjunto	antibióticos de amplo espectro
1a	drenagem com cateter
adjunto	antibióticos de amplo espectro
2a	excisão cirúrgica
3a	cauterização com nitrato de prata
3a	escleroterapia com álcool

TREATMENT

Opções de tratamento

Agudo

cisto assintomático

1a

manejo conservador

» Um cisto pequeno, quiescente e assintomático pode ser manejado com banhos de assento ou compressas quentes para auxiliar a drenagem.[19]

cisto sintomático

1a

marsupialização

» Há maior probabilidade de cistos grandes serem sintomáticos e exigirem tratamento. Os objetivos da marsupialização são criar uma nova junção mucocutânea entre a parede do cisto e a pele dos lábios vaginais e colocá-la aproximadamente na posição normal.[8] [26] Isso possibilita manter a patência da glândula de maneira a não perder a função secretora. No entanto, se houver infecção acompanhada por necrose e inflamação pronunciada, as suturas repuxarão o tecido friável, impossibilitando a marsupialização. Ela pode ser realizada com bloqueio do nervo pudendo ou anestesia local.[10]

» Variações nessa técnica foram descritas, incluindo o uso de laser de dióxido de carbono para criar um defeito no cisto hemostático sem o uso de sutura,[25] [27] [28] [29] acondicionar com uma gaze impregnada com iodoformio, que é removida após 1 semana, usar drenos de borracha depois de fazer uma incisão linear no cisto, excisar uma porção elíptica do revestimento do cisto ou remover uma seção oval do tecido (a técnica da janela).[10] São recomendados dois banhos de assento diários no período pós-operatório.

» São complicações da marsupialização dor moderada, formação de hematoma, cicatrização prolongada e dispareunia decorrente da cicatrização.[1] [15] A taxa de recorrência é entre 2% e 25%.[1] [10]

adjunto

antibióticos de amplo espectro

Opções primárias

» sulfametoxazol/trimetoprima: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Opções secundárias

Agudo

» amoxicilina/ácido clavulânico: 875 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

-e-

» clindamicina: 300 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

OU

» cefixima: 400 mg por via oral uma vez ao dia por 7 dias

-e-

» clindamicina: 300 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

» Na ausência de celulite, a antibioticoterapia é desnecessária.[1] [15] Mais de 80% das culturas de cistos e cerca de 33% das culturas de abscessos são estéreis.[19]

» Na presença de celulite, são recomendados antibióticos de amplo espectro, pois geralmente a infecção é polimicrobiana. Geralmente, um ciclo de 1 semana é o suficiente. No entanto, a escolha ideal de antibióticos empíricos permanece obscura.[13] Sugere-se cobertura de espécies estafilocócicas (incluindo MRSA) e estreptocócicas, bem como de aeróbios Gram-negativos entéricos, especialmente *Escherichia coli*.

» Pacientes diabéticas com celulite precisam de observação cuidadosa, pois são susceptíveis à infecção necrosante, e a internação pode ser considerada. Em seguida, a antibioticoterapia intravenosa pode ser administrada nas primeiras 48 horas, seguida pela conversão na terapia oral. Não há evidências que deem suporte a um esquema de antibioticoterapia específico.

» O tratamento deve ser modificado quando necessário assim que os resultados da cultura estiverem disponíveis.

1a drenagem com cateter

» O cateter Word constitui um tratamento ambulatorial seguro, simples e eficaz e é uma alternativa razoável à marsupialização.[17] A incisão para o cateter deve ser feita exterior ao hímen, dentro do introito, na região da abertura normal do ducto. Se o cisto estiver muito profundo, a colocação do cateter será difícil e talvez inviável. O uso clínico é limitado pela disponibilidade e a tendência do cateter de se deslocar.[31]

» O cateter deve permanecer no local por 4 a 6 semanas, a fim de permitir a epitelização de

Agudo

um trato.[2] [6] A dor ou o desconforto contínuo 24 horas após a inserção indica que o bulbo é grande demais. Isso pode ser facilmente corrigido removendo-se uma parte do fluido do bulbo.

» Um estudo analisou a qualidade de vida e a atividade sexual de 30 mulheres com cisto ou abscesso de Bartholin durante o tratamento com um cateter Word e constatou que o desconforto e a dor na atividade sexual diminuíram significativamente da apresentação inicial até o fim do tratamento.[32] Embora atualmente esse seja o único estudo a tratar da qualidade de vida e atividade sexual durante o tratamento de cisto de Bartholin, os achados são limitados pela metodologia, incluindo a ausência de grupo-controle

» Um cateter em anel de Jacobi cria 2 tratos de drenagem em vez de 1, e é considerado tão eficaz quanto um cateter Word.[33]

adjunto

antibióticos de amplo espectro

Opções primárias

» sulfametoxazol/trimetoprima: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Opções secundárias

» amoxicilina/ácido clavulânico: 875 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

-e-

» clindamicina: 300 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

OU

» cefixima: 400 mg por via oral uma vez ao dia por 7 dias

-e-

» clindamicina: 300 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

» Na ausência de celulite, a antibioticoterapia é desnecessária.[1] [15] Mais de 80% das culturas de cistos e cerca de 33% das culturas de abscessos são estéreis.[19]

» Na presença de celulite, são recomendados antibióticos de amplo espectro, pois geralmente a infecção é polimicrobiana. Geralmente, um ciclo de 1 semana é o suficiente. No entanto, a escolha ideal de antibióticos empíricos permanece obscura.[13] Sugere-se cobertura de espécies estafilocócicas (incluindo MRSA) e estreptocócicas, bem como de aeróbios Gram-

Agudo

negativos entéricos, especialmente *Escherichia coli*.

» Pacientes diabéticas com celulite precisam de observação cuidadosa, pois são susceptíveis à infecção necrosante, e a internação pode ser considerada. Em seguida, a antibioticoterapia intravenosa pode ser administrada nas primeiras 48 horas, seguida pela conversão na terapia oral. Não há evidências que deem suporte a um esquema de antibioticoterapia específico.

» O tratamento deve ser modificado quando necessário assim que os resultados da cultura estiverem disponíveis.

2a excisão cirúrgica

» A excisão do cisto do ducto ou da glândula era o tratamento primário padrão de um cisto de Bartholin até o final da década de 1960.^[1] Ela deixou de ser o tratamento de escolha para cirurgia primária, mas pode ser necessária para cistos recorrentes. No entanto, a ausência da glândula de Bartholin pode causar ressecamento da vulva, com prurido intenso, queimação e dispareunia.^{[8] [18] [26] [34]}

» Ela deve ser realizada por um cirurgião ginecológico experiente, com o uso de anestesia geral, em virtude da possibilidade de sangramento excessivo do plexo venoso subjacente.^{[1] [10] [16] [18]} A excisão poderá ser difícil quando várias tentativas prévias foram feitas com o objetivo de drenar um cisto ou um abscesso, tendo levado à formação de adesões. Não deve ser realizada na presença de infecção ativa.^[10] A parafina líquida pode auxiliar na dissecação.^[16]

» São complicações da excisão hemorragia, formação de hematomas, celulite, sepse, danos ao reto, deformidade estética e formação de tecido cicatricial.^{[10] [16] [18] [22]}

3a cauterização com nitrato de prata

Opções primárias

» **nitrato de prata de uso tópico:** consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» O nitrato de prata é um agente esclerosante químico e germicida custo-efetivo. Há descrição do seu uso no tratamento ambulatorial de cistos e abscessos.^{[10] [35]} Entre os benefícios da aplicação do nitrato de prata estão baixa taxa

Agudo

de morbidade precoce e tardia, baixa taxa de recorrência e não utilização de suturas.[35] Um ensaio clínico randomizado e controlado prospectivo constatou que o uso de nitrato de prata e a marsupialização foram igualmente eficazes, sendo menor a formação de cicatriz observada com o uso de nitrato de prata.[36] As complicações incluem queimaduras químicas dos lábios vaginais ou da mucosa adjacente, edema dos lábios vaginais, secreção hemorrágica ou purulenta e recorrência do cisto.[10]

3a escleroterapia com álcool

» Comparada à aspiração, a escleroterapia com instilação de álcool reduziu o tempo de tratamento, com baixa taxa de recorrência.[21] A evacuação completa do álcool injetado é essencial para evitar a necrose da parede do cisto. Comparada ao nitrato de prata, a escleroterapia com álcool apresentou igual eficácia, com menos complicações e um tempo de cicatrização menor. Não houve recorrências no acompanhamento de 24 meses.

abscesso de Bartholin

1a manejo conservador ± incisão e drenagem

Opções primárias

» **paracetamol:** 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Se um abscesso apontar e romper espontaneamente, normalmente basta tratar de maneira conservadora com banhos de assento regulares e analgesia.[18]

» Pequenos abscessos não rompidos também podem ser tratados com aplicação local de curativos quentes e umedecidos ou banhos de assento regulares a fim de promover a drenagem espontânea ou a evolução para um estágio adequado para incisão e drenagem.[6] [18]

» A incisão e a drenagem poderão ser necessárias se não ocorrer a drenagem espontânea. A proteção da cavidade pode reduzir o risco de recorrência.[31] Há recorrência do abscesso após a incisão e a drenagem em até 15% dos casos.

mais antibióticos de amplo espectro

Opções primárias

Agudo

» sulfametoxazol/trimetoprima: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

Opções secundárias

» amoxicilina/ácido clavulânico: 875 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

-e-

» clindamicina: 300 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

OU

» cefixima: 400 mg por via oral uma vez ao dia por 7 dias

-e-

» clindamicina: 300 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

» Se o surgimento e a ruptura de um abscesso ocorrer de forma espontânea ou cirúrgica, será necessário administrar antibióticos de amplo espectro.[18] Geralmente, um ciclo de 1 semana é o suficiente. Embora não haja evidências que deem suporte a um esquema de antibioticoterapia em particular, sugere-se a cobertura das espécies estafilocócicas (incluindo MRSA) e estreptocócicas, bem como dos aeróbios Gram-negativos entéricos, especialmente *Escherichia coli*.

■ após a remissão da infecção/inflamação

adjunto

marsupialização ou inserção de cateter

» Métodos cirúrgicos definitivos são, preferencialmente, adiados até a remissão da infecção e da inflamação ativas. Não há evidências que deem suporte a uma estratégia de manejo específica. A permanência de um cateter in situ após a drenagem pode diminuir o risco de recorrência.[31]

» A marsupialização pode ser realizada na presença de infecção, mas pode ocorrer o repuxamento das suturas em decorrência da inflamação dos tecidos. Se suturas maiores não forem eficazes, será necessário adiar o procedimento. Os objetivos da marsupialização são criar uma nova junção mucocutânea entre a parede do cisto e a pele dos lábios vaginais e colocá-la aproximadamente na posição normal.[8] [26] Isso possibilita manter a patência da glândula de maneira a não perder a função secretora.

» O cateter Word constitui um tratamento ambulatorial seguro, simples e eficaz e é uma alternativa razoável à marsupialização.[17] A incisão para o cateter deve ser feita exterior

Agudo

ao hímen, dentro do introito, na região da abertura normal do ducto. Se o cisto estiver muito profundo, a colocação do cateter será difícil e talvez inviável. O uso clínico é limitado pela disponibilidade e a tendência do cateter de se deslocar.[31]

Recomendações

Monitoramento

Instruções ao paciente

Mulheres suscetíveis devem evitar o uso de irritantes de contato, principalmente se houver história de distúrbios vulvares concomitantes (por exemplo, dermatite de contato, líquen simples ou outras dermatoses) ou cisto prévio do ducto de Bartholin. Banhos de assento, principalmente após a relação sexual, podem reduzir a irritação da mucosa e a obstrução resultante. Pacientes com cateteres Word também devem recorrer a banhos de assento e procurar ajuda em caso de deslocamento do cateter.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
dispareunia	longo prazo	baixa
<p>Pode ocorrer após o tratamento, em decorrência da formação de tecido cicatricial, ressecamento vaginal ou ansiedade psicológica.</p> <p>É incomum, mas, quando presente, os efeitos podem ser devastadores.</p> <p>O risco de formação de tecido cicatricial aumenta com procedimentos repetitivos, e há maior probabilidade após a excisão da glândula com dissecação profunda.</p> <p>Ressecamento vulvar e queimação são incomuns após a excisão unilateral da glândula, mas há maior probabilidade após a excisão bilateral.[8] [10] [34]</p> <p>A fim de minimizar esse risco, as técnicas que preservam a glândula e recriam a abertura ductal são preferenciais em detrimento da completa excisão da glândula.</p>		
fístula retal de Bartholin	longo prazo	baixa
<p>Raramente relatada.[4] [37] A ocorrência de fístula deve ser considerada em mulheres que apresentam drenagem purulenta persistente e tecido de granulação envolvendo o ducto de Bartholin.</p>		

Prognóstico

O tratamento foi bem-sucedido em 85% dos pacientes (marcado pela ausência de edema e desconforto e a aparência de um ducto de drenagem livre), independentemente do método utilizado. Os abscessos ou os cistos recorrentes podem ser mais difíceis de manejar. Após a excisão da glândula, podem ocorrer efeitos duradouros de ressecamento vaginal e dispareunia.

Diretrizes de tratamento

Europa

Balloon catheter insertion for Bartholin's cyst or abscess

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2009

Artigos principais

- Kaufman RH, Faro S, Brown D. Benign diseases of the vulva and vagina. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2005:240-249.
- Marzano DA, Haefner HK. The Bartholin gland cyst: past, present, and future. J Low Genit Tract Dis. 2004 Jul;8(3):195-204.
- Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. Am Fam Physician. 2003 Jul 1;68(1):135-40. [Texto completo](#)
- Wechter ME, Wu JM, Marzano D, et al. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2009 Jun;64(6):395-404.

Referências

1. Pundir J, Auld BJ. A review of the management of diseases of the Bartholin's gland. J Obstet Gynaecol. 2008 Feb;28(2):161-5.
2. Wilkinson EJ, Stone IK. Atlas of vulvar disease. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 1995:11-13.
3. Dennerstein G, Scurry J, Brenan J, et al. The vulva & vagina manual. Moonee Ponds, Australia: Gynederm Publishing; 2005:234.
4. Kennedy CM. Bartholin's-rectal fistula. Abstract presented at: 1st Meeting of the North American Chapter of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. Houston, TX: March 2009.
5. Nasser HA, Mendes VM, Zein F, et al. Complicated rectovaginal fistula secondary to Bartholin's cyst infection. J Obstet Gynaecol Res. 2014 Apr;40(4):1141-4.
6. Kaufman RH, Faro S, Brown D. Benign diseases of the vulva and vagina. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2005:240-249.
7. Berger MB, Betschart C, Khandwala N, et al. Incidental Bartholin gland cysts identified on pelvic magnetic resonance imaging. Obstet Gynecol. 2012 Oct;120(4):798-802. [Texto completo](#)
8. Azzan BB. Bartholin's cyst and abscess: a review of treatment of 53 cases. Br J Clin Pract. 1978 Apr;32(4):101-2.
9. El Kady S, Al Zahrani A, Jednak R, et al. Bartholin's gland abscess in a neonate: a case report. Can Urol Assoc J. 2007 Jun;1(2):117-9. [Texto completo](#)
10. Marzano DA, Haefner HK. The Bartholin gland cyst: past, present, and future. J Low Genit Tract Dis. 2004 Jul;8(3):195-204.

11. Lynch PJ, Edwards L. Genital dermatology. New York, NY: Churchill Livingstone; 1994:140-142.
12. Lee YH, Rankin JS, Alpert S, et al. Microbiological investigation of Bartholin's gland abscesses and cysts. *Am J Obstet Gynecol.* 1977 Sep 15;129(2):150-3.
13. Bhide A, Nama V, Patel S, et al. Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland: review of empirical antibiotic therapy against microbial culture. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(7):701-3.
14. Kessous R, Aricha-Tamir B, Sheizaf B, et al. Clinical and microbiological characteristics of Bartholin gland abscesses. *Obstet Gynecol.* 2013 Oct;122(4):794-9.
15. Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. *Am Fam Physician.* 2003 Jul 1;68(1):135-40. [Texto completo](#)
16. Ruch RM, Clayton EM Jr. Bartholin cystectomy: paraffin technique. *Am J Obstet Gynecol.* 1958 May;75(5):1055-8.
17. Haider J, Condous G, Kirk E, et al. The simple outpatient management of Bartholin's abscess using the Word catheter: a preliminary study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007 Apr;47(2):137-40.
18. Hill DA, Lense JJ. Office management of Bartholin gland cysts and abscesses. *Am Fam Physician.* 1998 Apr 1;57(7):1611-6, 1619-20. [Texto completo](#)
19. Scott PM. Draining a cyst or abscess in a Bartholin's gland with a Word catheter. *JAAPA.* 2003 Dec;16(12):51-2.
20. Black MM, McKay M, Braude PR, et al. Obstetric and gynecologic dermatology. 2nd ed. London, UK: Mosby; 2002:175-181.
21. Cobellis PL, Stradella L, De Lucia E, et al. Alcohol sclerotherapy: a new method for Bartholin gland cyst treatment. *Minerva Ginecol.* 2006 Jun;58(3):245-8.
22. Cho JY, Ahn MO, Cha KS. Window operation: an alternative treatment method for Bartholin gland cysts and abscesses. *Obstet Gynecol.* 1990 Nov;76(5 Pt 1):886-8.
23. Kroese JA, van der Velde M, Morssink LP, et al. Word catheter and marsupialisation in women with a cyst or abscess of the Bartholin gland (WoMan-trial): a randomised clinical trial. *BJOG.* 2017 Jan;124(2):243-9.
24. Wechter ME, Wu JM, Marzano D, et al. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009 Jun;64(6):395-404.
25. Davis GD. Management of Bartholin duct cysts with the carbon dioxide laser. *Obstet Gynecol.* 1985 Feb;65(2):279-80.
26. Jacobson P. Marsupialization of vulvovaginal (Bartholin) cysts: report of 140 patients with 152 cysts. *Am J Obstet Gynecol.* 1960 Jan;79:73-8.

27. Cheetham DR. Bartholin's cyst: marsupialization or aspiration? *Am J Obstet Gynecol.* 1985 Jul 1;152(5):569-70.
28. Di Donato V, Bellati F, Casorelli A, et al. CO2 laser treatment for Bartholin gland abscess: ultrasound evaluation of risk recurrence. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013 May-Jun;20(3):346-52.
29. Figueiredo AC, Duarte PE, Gomes TP, et al. Bartholin's gland cysts: management with carbon-dioxide laser vaporization. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012 Dec;34(12):550-4. [Texto completo](#)
30. Hollyock VE. The use of iodine in the marsupialization of Bartholin's duct cysts. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1979 Nov;19(4):228-9.
31. Kushnir VA, Mosquera C. Novel technique for management of Bartholin gland cysts and abscesses. *J Emerg Med.* 2009 May;36(4):388-90.
32. Reif P, Elsayed H, Ulrich D, et al. Quality of life and sexual activity during treatment of Bartholin's cyst or abscess with a Word catheter. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Jul;190:76-80.
33. Gennis P, Li SF, Provataris J, et al. Jacobi ring catheter treatment of Bartholin's abscesses. *Am J Emerg Med.* 2005 May;23(3):414-5.
34. Heah J. Methods of treatment for cysts and abscesses of Bartholin's gland. *Br J Obstet Gynaecol.* 1988 Apr;95(4):321-2.
35. Yüce J, Zeyneloglu HB, Bükülmez O, et al. Outpatient management of Bartholin gland abscesses and cysts with silver nitrate. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1994 Feb;34(1):93-6.
36. Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Haberal A. Prospective randomized study of marsupialization versus silver nitrate application in the management of Bartholin gland cysts and abscesses. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Mar-Apr;16(2):149-52.
37. Zoulek E, Karp DR, Davila GW. Rectovaginal fistula as a complication to a Bartholin gland excision. *Obstet Gynecol.* 2011 Aug;118(2 Pt 2):489-91.

Imagens



Figura 1: Cisto de Bartholin

Do acervo de Colleen Kennedy Stockdale



Figura 2: Abscesso na glândula de Bartholin: eritema, edema com abscesso e cisto posterior aos pequenos lábios

Do acervo de Colleen Kennedy Stockdale



Figura 3: Carcinoma de células escamosas

Do acervo de Colleen Kennedy Stockdale



Figura 4: Cisto no ducto de Bartholin, posterior aos pequenos lábios, que atravessa a parte central do cisto com metade do aumento medial e a outra metade lateral a essa linha

Do acervo de Colleen Kennedy Stockdale



Figura 5: Lipoma vulvar

Do acervo de Colleen Kennedy Stockdale

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Colleen Kennedy Stockdale, MD, MS

Associate Professor of Obstetrics and Gynecology
University of Iowa, Iowa City, IA

DIVULGAÇÕES: CKS is an author of a number of references cited in this monograph.

Lori A. Boardman, MD, ScM

Professor of Obstetrics and Gynecology
University of Central Florida College of Medicine, Orlando, FL

DIVULGAÇÕES: LAB declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Colleen Kennedy Stockdale and Dr Lori A. Boardman would like to gratefully acknowledge Dr Laura K. Bonebrake, a previous contributor to this monograph. LKB declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Robert Anderson, MB, MD, FRCOG

Consultant Gynaecologist
St Michael's Hospital, Bristol, UK

DIVULGAÇÕES: RA declares that he has no competing interests.

Kevin Ault, MD

Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA

DIVULGAÇÕES: KA declares that he has no competing interests.