

Carta al Director

Laura Sante Fernández
Sara Sánchez-Molowny
María Milagros Cuervo
Abarquero
María Lecuona Fernández

Bartolinitis por *Streptococcus pneumoniae*

Servicio de Microbiología y Control de la Infección. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España

Sr Editor: La bartolinitis es una infección muy común en el ámbito ginecológico. Se presenta con dolor intenso que aumenta con la deambulación. En la exploración se observa un labio mayor abscesificado, que con frecuencia drena espontáneamente. El tratamiento se realiza mediante drenaje del absceso y antibioticoterapia. En ocasiones, si el tratamiento de la fase aguda no es efectivo, puede evolucionar a la cronicidad, con un engrosamiento de la glándula y del tejido que la rodea, siendo el tratamiento definitivo la exéresis de la glándula¹. El tipo y frecuencia de microorganismos causantes de bartolinitis han variado en el tiempo. En la segunda mitad del siglo pasado *Neisseria gonorrhoeae* fue el agente etiológico en más de un tercio de los casos. También han estado implicadas bacterias anaerobias de la flora vaginal y *Chlamydia trachomatis*², aunque en las dos últimas décadas, *Escherichia coli* fue la bacteria más frecuente²⁻⁴. En la actualidad existe un incremento en la frecuencia de microorganismos asociados a infecciones del tracto respiratorio, tales como *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*⁴. Desde los años 90 hasta la actualidad, se han descrito casos de bartolinitis causada por *S. pneumoniae*^{3,5-8}.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 46 años, con antecedente de atopía y dos gestaciones, que acude a urgencias de ginecología por tumefacción dolorosa en los genitales de 48 horas de evolución, sin otros síntomas. A la exploración, la paciente está afebril y presenta absceso de la glándula de Bartolino de unos 5 cm, a tensión y doloroso a la palpación. Se drenó el absceso mediante una pequeña incisión bajo anestesia local, recogiendo muestra para cultivo mediante hisopo estéril que fue enviada al Servicio de Microbiología, realizándose marsupialización del absceso. Se pautó trata-

miento empírico oral con cloxacilina 500 mg, 1 comprimido/8 horas/7 días, e ibuprofeno 1 comprimido/8 horas/3 días. La evolución fue favorable. La muestra se procesó en medios de cultivo para microorganismos aerobios, anaerobios y hongos según protocolo. A las 24 horas se observó en la placa de agar sangre un crecimiento puro de colonias α -hemolíticas. En la tinción de Gram se visualizaron diplococos lanceolados gram-positivos que se identificaron como *S. pneumoniae* mediante la prueba de la sensibilidad a optoquina siendo identificados por Vitek® MS. Las pruebas de susceptibilidad antimicrobiana se realizaron en disco y E-test, siguiendo las normas del CLSI, resultando sensible a penicilina, cefotaxima, amoxicilina/clavulánico, tetraciclina, clindamicina, eritromicina, levofloxacino, trimetoprim/sulfametoxazol, vancomicina, rifampicina y meropenem. Se pautó cloxacilina a dosis bajas, la cual tiene una baja biodisponibilidad vía oral y a pesar de que la cepa es sensible a penicilina, no es el tratamiento de elección. Se realizó también un control del foco mediante drenaje, que puede ser suficiente en abscesos localizados para eliminar la infección.

El aumento de infecciones genitales por *S. pneumoniae* y otros microorganismos respiratorios, parece estar asociada con el contacto orogenital como práctica sexual^{3,8}, ya que se han hallado los mismos patrones de resistencia para los *S. pneumoniae* aislados tanto en abscesos de glándula de Bartolino como en infecciones del tracto respiratorio³. Por ello, aunque *S. pneumoniae* forma parte de la flora orofaríngea y se asocia a infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, siendo una de las causas más comunes de meningitis bacteriana³, hay que tenerlo en cuenta el papel patógeno que puede jugar en otro tipo de infecciones, como es el caso que nos ocupa.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

Correspondencia:
Laura Sante Fernández
Servicio de Microbiología y Control de la Infección. Hospital Universitario de Canarias.
Crtra Ofra s/n. 38320. La Cuesta. La Laguna. España
Teléfono 922679065
Fax 922679078
E-mail: laurasante@hotmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalez-Merlo, J., Gonzalez Bosquet, J., González Bosquet, E. Ginecología 8ª edición. España: Masson; 2003
2. Kessous R, Aricha-Tamir B, Sheizaf B, Steiner N, Moran-Gilad J, Weintraub AY. Clinical and microbiological characteristics of Bartholin gland abscesses. *Obstet Gynecol.* 2013;122(4):794-9.
3. Saeed NK, Al-Jufairi ZA. Bartholin's Gland Abscesses Caused by *Streptococcus pneumoniae* in a Primigravida. *J Lab Physicians.* 2013;5(2):130-2.
4. Krissi H, Shmuely A, Aviram A, From A, Edward R, Peled Y. Acute Bartholin's abscess: microbial spectrum, patient characteristics, clinical manifestation, and surgical outcomes. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2016;35(3):443-6.
5. Quentin R, Pierre F, Dubois M, Soutoul JH, Goudeau A. Frequent isolation of capnophilic bacteria in aspirate from Bartholin's gland abscesses and cysts. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1990;9(2):138-41.
6. Sing A, Roggenkamp A, Kress K, Autenrieth IB, Heesemann J. Bartholinitis due to *Streptococcus pneumoniae*: case report and review. *Clin Infect Dis.* 1998;27(5):1324-5.
7. Mikamo H, Tamaya T, Tanaka K, Watanabe K. Two cases of Bartholin's gland abscesses caused by *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae*. *Jpn J Antibiot.* 2005;58(4):375-81.
8. Parvathi S, Imara AS, Thoduka TG. Bartholinitis caused by *Streptococcus pneumoniae*: case report and review of literature. *Indian J Pathol Microbiol.* 2009;52(2):265-6.