

# Carcinoma de glándula de Bartholin: una entidad poco frecuente. reporte de un caso

## Bartholin gland carcinoma: A rare entity. report of a case

Ernesto Lara Velásquez<sup>1\*</sup>, Franco Calderaro di Ruggiero<sup>2\*\*</sup>, Johatson Freytez<sup>3\*\*\*</sup>, Viviana García<sup>4\*\*\*</sup>, Carmen Silva<sup>5\*\*\*\*</sup>, Lorenzo J Calderaro Fernández<sup>6\*\*\*\*\*</sup>

### RESUMEN

*El carcinoma de glándula de Bartholin, es una forma poco común de cáncer de vulva, representando aproximadamente el 5 % de la patología maligna vulvar. Se describe el caso de una paciente de 50 años, quien consulta por presentar tumoración vulvar no dolorosa en labio mayor derecho, cuyo resultado de biopsia reportó: carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado de glándula de Bartholin. Luego de realizar los estudios de extensión, es llevada a mesa operatoria, realizándose escisión local radical de la lesión, más linfadenectomía inguinofemoral bilateral, con evolución posoperatoria favorable, e indicándose tratamiento adyuvante con radioterapia*

*externa. Esta entidad es una patología poco frecuente, cuyo diagnóstico a menudo se retrasa debido a la ausencia de síntomas específicos y confusión con un quiste de Bartholin benigno, por lo que es necesario considerarla dentro de las diferentes lesiones que pueden presentarse en la vulva, a fin de evitar diagnósticos erróneos y realizar detección temprana.*

**Palabras clave:** Carcinoma de glándula de Bartholin, cáncer de vulva, glándula de Bartholin.

### SUMMARY

*Bartholin's gland carcinoma is a rare form of vulvar cancer, representing approximately 5 % of vulvar malignancy. We describe the case of a 50-year-old patient who consulted for presenting a non-painful*

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s4.8>

ORCID: 0000-0001-5045-0120<sup>1</sup>  
ORCID: 0000-0002-7101-8481<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0002-6643-3146<sup>3</sup>  
ORCID: 0000-0003-4418-8327<sup>4</sup>  
ORCID: 0000-0003-3333-0973<sup>5</sup>  
ORCID: 0000-0001-5700-7500<sup>6</sup>

Servicio de Ginecología Oncológica. Servicio Oncológico Hospitalario (SOH). Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Caracas, Venezuela.

Recibido: 4 de septiembre 2021  
Aceptado: 8 de septiembre 2021

\*Ginecólogo Oncólogo, Adjunto del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela.

\*\*Doctor en Ciencias de la Salud, Cirujano General - Oncólogo, Ginecólogo Oncólogo, Jefe de Servicio y Director de los Posgrados de Cirugía y Ginecología Oncológica (UCV), SOH – IVSS. Miembro Correspondiente Nacional (ANM), Puesto 41. Caracas, Venezuela.

\*\*\*Residente del Posgrado de Ginecología Oncológica, SOH - IVSS, Caracas, Venezuela.

\*\*\*\*Adjunto del Servicio de Anatomía Patológica, SOH – IVSS, Caracas, Venezuela.

\*\*\*\*\*Estudiante de Medicina. Escuela Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Ernesto Lara. Hospital Dr. Domingo Luciani, final Av. Río de Janeiro, Sector el Llanito, Caracas, Venezuela. Tel: 0424-842.53.20. E-mail: ernestolarav@gmail.com

*vulvar tumor on the right lip, whose biopsy result reported: moderately differentiated adenosquamous carcinoma of the Bartholin gland. After carrying out the extension studies, she is taken to the operating table, performing radical local excision of the lesion, plus bilateral inguino-femoral lymphadenectomy, with a favorable postoperative evolution, and adjuvant treatment with external radiotherapy is indicated. This entity is a rare pathology, whose diagnosis is often delayed due to the absence of specific symptoms and confusion with a benign Bartholin cyst, so it is necessary to consider it within the different lesions that can occur on the vulva, to avoid misdiagnosis and early detection.*

**Keywords:** *Bartholin's gland carcinoma, vulvar cancer, Bartholin's gland.*

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de vulva es poco común y representa solo del 2 % al 5 % de las neoplasias malignas ginecológicas, con una incidencia de 45 240 nuevos casos y mortalidad de 17 427 defunciones, en el 2020 (1,2). Dentro de la patología maligna de la vulva, el carcinoma primario de la glándula de Bartholin (CGB) es extremadamente raro y representa menos del 5 % de todos los carcinomas de vulva (3).

Los criterios para el diagnóstico de CGB, fueron descritos originalmente por Honan en 1897 y posteriormente revisados por Chamlian y Taylor, para incluir: 1) el tumor que afecta el área de la glándula de Bartholin, es histológicamente compatible con el origen de la glándula de Bartholin; 2) en el estudio histológico, se encuentran áreas de aparente transición de elementos normales a neoplásicos; y 3) no hay evidencia de tumor primario en otra parte (4). Los adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas representan cada uno aproximadamente el 40 % de los CGB, constituyendo los tipos histológicos más frecuentes (5-8).

El CGB suele ocurrir en mujeres posmenopáusicas, pero a una edad más temprana, en comparación con los carcinomas vulvares no relacionados con la glándula de Bartholin, y la presentación suele ser tardía, ya que las lesiones se encuentran en la profundidad de la vulva y, a menudo, se diagnostican erróneamente como un

absceso o quiste de la glándula de Bartholin (3).

En vista de lo inusual que resulta la patología maligna de esta glándula, se reporta a continuación un caso de carcinoma adenoescamoso de glándula de Bartholin, tratado en el servicio de Ginecología del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS.

## Caso Clínico

Paciente de 50 años, sin antecedentes patológicos, quien refiere aumento de volumen en labio mayor derecho de la vulva, de 7 meses de evolución, motivo por el cual acude a Ginecólogo en centro foráneo, quien indica antibioticoterapia. Posteriormente por persistir la sintomatología, se realiza ultrasonido de partes blandas, evidenciando Lesión de Ocupación de Espacio (LOE), que se extiende a la región glútea ipsilateral, por lo que se realizó biopsia incisional de glándula de Bartholin, que reportó: carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado, motivo por el cual es referida a nuestro Servicio. Al examen físico, ambas regiones inguinofemorales sin adenopatías palpables, región vulvar con aumento de volumen en labio mayor derecho de aproximadamente 10 cm, de consistencia blanda, móvil que respeta la piel e impresiona extenderse hacia pared ipsilateral de vagina, sin compromiso de la mucosa, cuello uterino sin lesiones, así como el resto del examen.

El Ultrasonido ginecológico sin alteraciones. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste, se evidencia lesión hipodensa bien delimitada, subyacente en región vulvar derecha, de 10 x 7 cm.

En vista de hallazgos, se plantea realización de escisión local radical más linfadenectomía inguinofemoral bilateral. Realizándose el procedimiento quirúrgico propuesto, sin complicaciones. La paciente evoluciona satisfactoriamente egresando a las 48 horas posteriores a la cirugía.

El resultado de la biopsia definitiva posoperatoria reportó: Carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado, con sustitución tumoral total de la glándula de Bartholin, con áreas de transición focal, tamaño tumoral: 10 x 7,5 x 7 cm, bordes de resección sin presencia de tumor. Ganglios linfáticos inguinofemorales

derechos e izquierdos en número de 12 y 10 respectivamente, libres de neoplasia. Se concluye con diagnóstico de: Carcinoma adenoescamoso de vulva moderadamente diferenciado estadio IB, indicándose tratamiento adyuvante con radioterapia externa.

## DISCUSIÓN

El CGB es una forma poco común de cáncer de vulva, que representa del 2 % al 8 % de todas las lesiones vulvares malignas (3,4,9-11). La edad promedio en el momento de la presentación del CGB es de 50 años (7) al igual que en el presente caso. Similarmente Cardosi y col. (6) reportan una edad promedio de 56 años y Bahlwal y col. (3) de 57 años.

En cuanto al tipo histológico, los adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas representan cada uno aproximadamente el 40 % de los CGB, el 15 % son carcinomas adenoides quísticos, y los carcinomas adenoescamosos el 5 % (5-8). Sin embargo, Bahlwal y col. (3), destacan que hasta 88 % de los casos que se presentan, se corresponden a carcinomas de células escamosas. En el presente caso el tipo histológico diagnosticado fue carcinoma adenoescamoso.

Cardosi y col. (6), determinaron que en el 64 % de las pacientes, se presenta como una masa indolora, y la duración de los síntomas osciló entre 3 semanas y más de 17 meses, de manera semejante en el presente caso, donde el síntoma que se presentó fue la masa indolora y el tiempo de evolución fue de 7 meses, lo que retrasó el diagnóstico, debido a la ausencia de síntomas específicos y un posible diagnóstico erróneo como un absceso de la glándula de Bartholin.

DiSaia y Creasman, sugieren que los aumentos de tamaño en el área de Bartholin en mujeres posmenopáusicas, deben considerarse malignos hasta que se demuestre lo contrario (12). Por otro lado, Visco y Del Priore informaron que una masa a nivel de la glándula de Bartholin en esta población de pacientes, rara vez es una neoplasia maligna (13).

Los criterios para diagnosticar CGB, han demostrado ser demasiado específicos y

pueden conducir a un diagnóstico incorrecto en casos con reemplazo tumoral completo de la glándula. El error de muestreo puede resultar en la imposibilidad de encontrar una transición maligna. Copeland y col. (11), destacan que tales tumores sin transición de benigno a maligno representan probables carcinomas de la glándula de Bartholin. En el presente caso se observó sustitución tumoral total de la glándula de Bartholin, con áreas de transición focal. Cardosi y col. (6), encontraron transición en el 40 % de las pacientes, lo cual es similar a lo reportado por Copeland y col. (11).

Dada la rareza de esta patología y la falta de ensayos prospectivos, actualmente no existe un consenso sobre las recomendaciones de tratamiento para la CGB. Sin embargo, el consenso general para el tratamiento del cáncer de vulva es la escisión local radical con linfadenectomía inguinofemoral o biopsia de ganglio linfático centinela. Dado que el CGB es un tumor vulvar medial y profundo, la estadificación suele incluir la evaluación de los ganglios de forma bilateral. Asimismo se recomienda la obtención de imágenes preoperatorias para evaluar la resecabilidad, específicamente en relación con la preservación de la función de la vejiga, el intestino y la uretra (3).

Copeland y col. (11), evaluaron retrospectivamente 36 pacientes diagnosticados con CGB desde 1954 hasta 1983, en el MD Anderson Cancer Center, observando que el 47 % de las pacientes, tenían compromiso ganglionar en el momento del diagnóstico. Algo similar a Bahwal y col., quienes reportan 42 % de compromiso ganglionar en pacientes con CGB. Cardosi y col., informaron que 58,3 % de las pacientes con CGB, tenían enfermedad en estadio III/IV, y la mayoría recibió radiación o quimioterapia adyuvante. En el presente caso, no se determinó compromiso de los ganglios linfáticos, y se concluyó como un estadio IB, por lo que se indicó solo radioterapia externa adyuvante.

En cuanto al pronóstico, Copeland y col. (11), reportan una sobrevida global en 5 años de 84 %, similar a lo reportado por Leuchter y col. (7), quienes informaron una sobrevida global de 71 %, superior a lo encontrado por Cardosi y col. (6) y Wheelock y col. (8), quienes informaron resultados de 66,7 % y 56 % respectivamente.

Resulta difícil comparar la sobrevida en los reportes de CGB, debido a que son series publicadas con escaso número de pacientes, y el uso de la radioterapia adyuvante es variable.

### CONCLUSIÓN

El CGB es una forma poco común de cáncer de vulva, cuyo diagnóstico a menudo se retrasa debido a la ausencia de síntomas específicos y confusión con un quiste de Bartholin benigno, por lo que es necesario considerar esta entidad dentro de las diferentes lesiones que pueden presentarse en la vulva, a fin de evitar diagnósticos erróneos y realizar detección temprana.

### REFERENCIAS

1. L, Cuello M. Cancer of the vulva. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;143(2):4-13.
2. Global Observatory of Cancer-GLOBOCAN. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. 2020. [Internet] [Consulta: 15/07/21] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/21-Vulva-fact-sheet.pdf>.
3. Bhalwal AB, Nick AM, dos Reis R, Munsell MF, Ramalingam P, Pontremoli Salcedo M, et al. Carcinoma of Bartholin gland a review of 33 cases. *Int J Gynecol Cancer.* 2016;26:785-789.
4. Chamlian DL, Taylor HB. Primary carcinoma of Bartholin's gland. A report of 24 patients. *Obstet Gynecol.* 1972;39(4):489-494.
5. Balat O, Edwards CL, Delclos L. Advanced primary carcinoma of the Bartholin gland: report of 18 patients. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2001;22:46-49.
6. Cardosi RJ, Speights A, Fiorica JV, Grendys EC Jr., Hakam A, Hoffman MS. Bartholin's gland carcinoma: A 15-year experience. *Gynecol Oncol.* 2001;82: 247-251.
7. Leuchter RS, Hacker NF, Voet RL, Berek JS, Townsend DE, Lagasse LD. Primary carcinoma of the Bartholin gland: A report of 14 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1982;60:361-368.
8. Wheelock JB, Goplerud DR, Dunn LJ, Oates JF. III Primary carcinoma of the Bartholin gland: A report of ten cases. *Obstet Gynecol.* 1984;63:820-824.
9. Dodson MG, O'Leary JA, Averette HE. Primary carcinoma of Bartholin's gland. *Obstet Gynecol.* 1970;35:578-584.
10. Masterson JG, Goss AS. Carcinoma of Bartholin gland: Review of the literature and report of a new case in an elderly patient treated by radical operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1955;69:1323-1332.
11. Copeland LJ, Sneige N, Gershenson DM, McGuffee VB, Abdul-Karim F, Rutledge FN. Bartholin gland cancer. *Obstet Gynecol.* 1986;67:794-801.
12. DiSaia PJ, Creasman WT. Invasive cancer of the vulva. In: DiSaia PJ, Creasman WT, editors. *Clinical gynecologic oncology*, St. Louis, MO: Mosby; 1997:228.
13. Visco AG, Del Priore G. Postmenopausal Bartholin gland involvement: A hospital-based cancer risk assessment. *Obstet Gynecol.* 1996;87:286-290.

## CARCINOMA DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN

### ANEXOS



Figura 1. Delimitación de lesión tumoral al momento de la evaluación inicial.



Figura 2. Escisión local radical del carcinoma adenoescamoso de glándula de Bartholin.



Figura 3. Espécimen de carcinoma adenoescamoso de glándula de Bartholin.

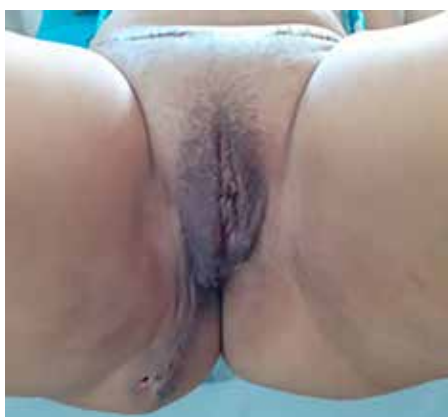


Figura 4. Posoperatorio tardío. A los 14 días posterior a la cirugía.