



Edema vulvar masivo gestacional. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

RESUMEN

Se describe el caso de una gestante primípara de 22 años de edad, que ingresó al hospital debido a edema vulvar de dos semanas de evolución que, en las últimas 24 horas, avanzó hasta obstruir la micción e impedir la deambulación. El único hecho remarcable en relación con el edema fue la hipoalbuminemia sin causa aparente. La corrección y el tratamiento diurético, junto con el drenaje del edema, permitieron la resolución completa del caso.

Palabras clave: edema, hipoalbuminemia, embarazo, vulva.

Sabina Martí-Gamboa
Ricardo Savirón Cornudella
José Manuel Campillos-Maza

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Massive gestational vulvar edema. A case report and review of literature

ABSTRACT

We report the case of a 22-year-old primiparous, admitted to our hospital with a 2-week history of vulvar edema that had evolved within 24 hours to the point of stopping urine flow and hindering ambulation. The only remarkable finding in relation with the edema was hypoalbuminemia for no apparent cause. The correction of hypoalbuminemia and the establishment of diuretic treatment, with the drainage of the edema allowed for a complete resolution of the edema.

Key words: edema, hypoalbuminemia, pregnancy, vulva.

Recibido: noviembre 2013

Aceptado: febrero 2014

Correspondencia:

Dra. Sabina Martí Gamboa
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario Miguel Servet
Isabel la Católica 1-3
50009 Zaragoza, España
sabinamargam@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Martí-Gamboa S, Savirón-Cornudella R, Campillos-Maza JM. Edema vulvar masivo gestacional. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2014;82:634-640.



CASO CLINICO

Paciente de 22 años, primigesta, originaria de la República Dominicana, sin antecedentes médicos de interés, excepto una intervención quirúrgica en la infancia por hernia umbilical e inguinal izquierda. Acudió a Urgencias en la semana 16 de la gestación por la aparición de un edema vulvar de dos semanas de evolución que, en las últimas 24 horas, empeoró porque impidió la salida de orina y dificultó la deambulación; por eso se hospitalizó.

En la exploración se encontró un hemiedema vulvar en el lado derecho, que abarcaba los labios mayor, menor y la horquilla vaginal, con transiluminación positiva (Figura 1). No se observaron lesiones epidérmicas ni adenopatías palpables. Las paredes vaginales, el flujo y el cérvix se encontraron sin alteraciones. Tenía un leve edema maleolar bilateral, se encontró afebril y normotensa. Los análisis de laboratorio reportaron: hemoglobina 12.8 g/dL, hematocrito 37.4%, leucocitos 10,100 y sedimento urinario normales. No refirió antecedentes de fiebre, traumatismos, dolor o picor en los genitales ni en los miembros inferiores, ni obstrucción venosa o linfática.

Se inició el tratamiento conservador y permanencia en cama, en posición de Trendelenburg y frío local administrado dos veces al día. A las 48 horas del ingreso, el edema se tornó bilateral y alcanzó la región suprapública y se extendió a la zona inguinal, glútea y el tercio proximal del muslo (Figura 2). El proteinograma reportó: hipoproteinemia (proteínas totales 5.5 g/dL) e hipoalbuminemia (albúmina 3.1g/dL), por eso se inició la administración intravenosa de albúmina (50 mg cada 24 h) y corticoesteroides (prednisona 10 mg cada 24 h).

El resultado del cultivo vaginal tomado al ingreso reveló escaso crecimiento de *Candida albicans*;



Figura 1. Hemiedema vulvar derecho que abarca los labios mayor y menor junto con la horquilla vaginal.



Figura 2. Edema bilateral que llega a la región suprapública y se extiende a la zona inguinal, glútea y tercio proximal del muslo.

se le administró un óvulo de 500 mg de clotrimazol y en el control posterior el resultado fue negativo.

Al cuarto día de hospitalización la paciente refirió dolor, y se objetivó el empeoramiento del edema, con llamativa tumefacción, aumento de la tensión en el área genital y del edema en los miembros inferiores que se extendía desde el dorso de ambos pies hasta la cara interna del muslo. No se encontraron várices ni circulación colateral, conservó los pulsos distales y mediante interconsulta con los médicos del servicio de Cirugía vascular se descartó que hubiera trombosis venosa superficial y profunda en los miembros inferiores. La paciente permaneció normotensa y afebril. Como profilaxis se inició tratamiento anticoagulante (enoxaparina 40 mg al día), diurético (furosemida 20 mg al día por vía intravenosa) y antibiótico empírico (gentamicina 240 mg cada 24 horas por vía intravenosa). En la interconsulta con los especialistas del servicio de Dermatología se descartó cualquier tipo de dermatitis alérgica como causa del edema. Se inició el control de la diuresis y la ingestión de líquidos mediante balance hídrico diario, neutro, durante todo el periodo de ingreso.

Al séptimo día de hospitalización se objetivó una clara disminución del edema genital, debida al inicio espontáneo de la salida de un líquido claro, compatible con trasudado, en la parte más declive de la vulva, a la altura del tercio inferior y cara interna de los labios menores. El drenaje espontáneo del edema disminuyó el volumen y la tensión vulvar que permitieron a la paciente el inicio de la deambulación (Figura 3). Se suspendió la administración intravenosa de antibióticos, e inició la de gentamicina tópica.

Puesto que la paciente residía en España desde hacía menos de 18 meses, durante el ingreso se descartó, mediante el estudio parasitológico, que se tratara de filarias.



Figura 3. El drenaje espontáneo del edema disminuyó el volumen y la tensión vulvar.

A las tres semanas del ingreso se apreció una notable disminución del edema en los miembros inferiores y en el área genital, con clara disminución de su volumen en los labios mayores y menores. La paciente se dio de alta del hospital con furosemida-triamtireno 6-25 mg cada 24 h, prednisona 5 mg en el mismo lapso y enoxaparina 40 mg al día. En la visita de control de la semana 24 quedó de manifiesto la completa recuperación; por eso se suspendió todo el tratamiento.

El resto de la gestación transcurrió sin incidencias, y en la semana 38⁺⁶ la paciente se hospitalizó por ruptura prematura de membranas, se inició la preinducción del parto con 10 mg de dinoprostona. La gestación finalizó mediante cesárea debido a que el parto no evolucionó: el recién nacido fue un varón que pesó 3,650 g, con Apgar de 9 en el primer minuto y 10 en el quinto. El puerperio transcurrió sin complicaciones, la paciente solo refirió hipoestesia residual en el área genital.

DISCUSIÓN

Durante un embarazo normal el contenido de agua corporal se incrementa en 6 a 8 litros,



de los que 4 a 6 son extracelulares, de estos, de 2 a 3 son intersticiales. Ocho de cada diez mujeres tienen edema clínico demostrable en algún momento del curso del embarazo. Las áreas corporales con piel flácida y distensible, incluida la genital, son sitios comunes para la formación de edema.¹

El edema vulvar leve o moderado puede darse en las mujeres, estén o no embarazadas, asociado con múltiples condicionantes traumáticas, infecciosas, inflamatorias o neoplásicas.² (Cuadro 1)

Cuadro 1. Causas de edema vulvar^{1,2,11}

Dermatosis inflamatorias	Dermatitis por contacto Dermatitis atópica Hidradenitis supurativa Sarcoidosis (cutánea)
Enfermedades de transmisión sexual	Chancroide Linfogranuloma venéreo Tricomonas Herpes virus simple Condiloma acuminado Sífilis
Enfermedades infecciosas	Furunculosis Absceso de Bartolino Fascitis necrotizante Filariasis
Asociadas con el embarazo	Preeclampsia Eclampsia Gestación múltiple Uso de la silla obstétrica Parto prolongado
Tumoraciones que ocasionan obstrucción linfática o venosa	Neoplasia vulvar o labial Masa intraabdominal Adenomioma del ligamento redondo Tejido mamario ectópico
Enfermedades sistémicas	Linfedema Hipertensión Síndrome nefrótico Insuficiencia cardiaca congestiva Insuficiencia renal
Miscelánea	Hernia inguinal Síndrome postparacentesis (síndrome Conn) Ascitis Hidrocele de Nuck Malnutrición Anemia

La incidencia de edema vulvar durante el embarazo es difícil de determinar debido a su rareza de presentación. Existen distintos factores relacionados con su aparición durante el embarazo: preeclampsia,³⁻⁶ parto prolongado, uso de la silla obstétrica⁷, tratamiento con tocolíticos,^{8,9} hiperestimulación ovárica,¹⁰ hipoproteinemia y anemia.^{11,12} El edema vulvar masivo de aparición en el postparto inmediato, asociado con leucocitosis, requiere una rápida evaluación y monitorización estrecha, con inicio inmediato de antibiótico administrado por vía intravenosa, debido al riesgo de colapso cardiovascular y muerte materna.^{13,14}

Aunque en la bibliografía se encontraron menos de 15 casos registrados, al parecer el cuadro es de aparición más frecuente en el tercer trimestre. El caso aquí reportado es el de edema vulvar de aparición más temprana publicado hasta la fecha (semana 16). (Cuadro 2)

En varios casos de edema vulvar se han registrado de manera concomitante anemia e hipoalbuminemia severa, con diversas causas subyacentes, como la insuficiencia hepática secundaria a preeclampsia,^{3-5,18,19} síndrome nefrótico en la gestante diabética,^{15,16} o hipoproteinemia secundaria a malnutrición.¹² Las condiciones previas mejoran con la corrección de la anemia, mediante transfusión, y de la hipoalbuminemia con administración de albúmina intravenosa y dieta hiperproteica.¹²

La paciente del caso aquí reportado tenía concentraciones de albúmina en el límite inferior de la normalidad (3.1 g/dL) que habría disminuido la presión oncótica intravascular, que quizás fue el posible origen del edema. Esto explica su disminución con el inicio del tratamiento diurético y la administración de albúmina intravenosa. En este caso no pudo demostrarse alguna afectación renal, hepática o digestiva como causa de la hipoalbuminemia.

Cuadro 2. Casos de hipoalbuminemia en gestantes con edema vulvar masivo

Casos	Presentación clínica	Edad	Edad gestacional (semanas)	Albúmina ^a (g/dL)	Resolución del edema
1	Hipoproteinemia (caso actual)	22	16	3.1	Drenaje espontáneo
2	Anasarca, anemia, preeclampsia ³	17	30	1.6	Postcesárea
3	Proteinuria, preeclampsia, ascitis ⁴	20	32	3.1	Postcesárea
4	Proteinuria, preeclampsia, muerte fetal ⁵	32	29	*	Postparto
5	DMID, proteinuria, preeclampsia, edema agudo de pulmón ⁶	31	25	*	Postcesárea
6	Gestación múltiple, parto prematuro, tocolisis ⁸	21	31	*	Posición de Trendelenburg
7	Parto prematuro, tocolisis, anemia, obstrucción uterina ⁹	20	34	2.7	Postcesárea
8	Incisión y drenaje quístico, permanencia prolongada en cama, sobrecarga de fluidos ¹¹	20	37	1.8	Postcesárea
9	Anemia, hipoproteinemia, malnutrición ¹²	19	35	*	Corrección de la anemia
10	DMID, nefropatía, hipertensión, edema agudo de pulmón ¹⁵	29	34	2.2-2.7	Postcesárea
11	DMID, nefropatía ¹⁶	29	23	2.3	Drenaje mecánico
12	Proteinuria, preeclampsia, ascitis ¹⁸	17	33	*	Postcesárea
13	Obstrucción venosa ¹⁹	14	35	1.7	Postcesárea
14	DMID, hipertensión arterial, hidrocefalia congénita ¹⁹	23	20	1.0	Postparto

DMID: diabetes mellitus insulino dependiente

a: Rango de referencia: 3.4-5.0 g/dL

*Hipoalbuminemia: valor no reportado

Otro posible origen del edema a descartar es la obstrucción secundaria a la alteración del retorno linfático, debido a la herniorrafia inguinal. Ésta se vería agravada por el estasis linfática provocada por la compresión del útero gestante. Sin embargo, el edema se inició en la parte derecha de la hemivulva, y nuestra paciente había sido intervenida en el lado izquierdo.

La causa infecciosa no se demostró; la *Candida albicans* en el primer cultivo no apuntó en esa dirección.

Ante una paciente embarazada con edema vulvar, lo primero es conformar su historia clínica y efectuar una exploración física detallada. Debe solicitarse un hemograma para descartar anemia y leucocitosis, sobre todo si el edema aparece durante el posparto.^{13,14} También es importante valorar las concentraciones de albúmina y evaluar la función renal (creatinina sérica, aclara-

ramiento de creatinina y proteinuria) y hepática (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina y hemostasia). Algunas enfermedades sistémicas, como el lupus, también pueden precipitar su aparición; conviene descartar angioedema en este caso, con la cuantificación de las concentraciones de C1-inhibidor.²

También deben valorarse las pruebas de imagen para descartar alguna formación tumoral en la pelvis que pueda obstruir el retorno venoso o linfático o, bien, fenómenos de trombosis vascular.

Si se sospecha una causa infecciosa, la tinción de Gram descartará la existencia de *Candida*, la aspiración y cultivo del nódulo linfático ante la sospecha de linfogranuloma venéreo y el empleo de medios de cultivo virales (tinción de Tzanck) o también pueden ser útiles la detección mediante ELISA para descartar una infección por virus herpes simple. La filariasis es otra entidad a descartar



como responsable del edema genital (sobre todo en pacientes originarias de países endémicos), mediante un examen parasitológico en sangre.² En algunos casos estas pruebas no aportarán información, por lo que deberá recurrirse a la biopsia cutánea.

Si el tratamiento médico del edema fracasa, algunos autores abogan por su drenaje mecánico, con buenos resultados, a considerar si el parto no es inminente. Este drenaje se ha reportado con agujas hipodérmicas y tubos de Southeby modificados para la recolección de los fluidos.^{16,17,19} Sin embargo, la mayoría de los casos publicados describe la disminución del edema hasta después de la terminación del embarazo mediante parto vaginal^{15,19} o, más frecuentemente, cesárea.^{3,4,9,11,16,18,19} Llama la atención el hecho de que los dos casos reportados de parto vaginal se dieran en casos sin interés por el resultado neonatal. En nuestro caso, es muy posible que el drenaje espontáneo del edema contribuyera a su mejoría.

El pronóstico del edema vulvar depende, en gran medida, de la causa responsable de su aparición. En el caso de la preeclampsia, el edema vulvar es predictor de graves complicaciones, previas en algunos casos al inicio de ascitis^{4,18} y de edema agudo de pulmón.⁶ Algunos autores han propuesto que el curso clínico del edema en las pacientes con preeclampsia podría correlacionarse con la ascitis, considerándose, por tanto, un signo de mal pronóstico. La coexistencia de ascitis en una paciente preeclámptica implica alto riesgo, que precisa hospitalización y seguimiento estrecho. El edema vulvar inducido por tocolíticos desaparece espontáneamente, sin mayores riesgos. Merece especial atención el edema vulvar que aparece durante el postparto inmediato, en combinación con leucocitosis, pues se ha asociado con muerte materna.^{13,14} Debe realizarse el recuento de células blancas y determinar el estatus circulatorio de la paciente para descartar hipovolemia.

En nuestro caso, puesto que no pudo demostrarse la causa de la hipoalbuminemia y el estado general de la paciente era bueno, se optó por una actitud conservadora, que permitió la evolución de la gestación hasta su finalización espontánea.

El edema vulvar masivo es una complicación extremadamente rara del embarazo, asociada en la mayoría de los casos con alguna enfermedad sistémica subyacente, que debe tratarse. En principio, el tratamiento debe ser médico, pero si éste fracasa puede considerarse el drenaje mecánico. El edema vulvar masivo en la gestante es una entidad que debe mantenernos alerta, pues puede ser predictor de graves complicaciones.

REFERENCIAS

1. Davison JM. Edema in pregnancy. *Kidney Int Suppl* 1997;59:S90-S96.
2. Amankwah Y. Vulvar Edema. *Dermatol Clin* 2010;28:765-777.
3. Bracero LA, Didomenico A. Massive vulvar edema complicating preeclampsia: a management dilemma. *J Perinatol* 1991;11:122-5.
4. Kemfang-Ngowa JD. Massive vulvar edema in a woman with severe preeclampsia. A case report and review of literature. *Clin Mother Child Health* 2010;7:1225-1228.
5. Pérez N, Durán JL, Gómez JL. Edema vulvar masivo con preeclampsia grave. Presentación de un caso. *Medisur* 2009;7:58-61.
6. Rodríguez Casares J, Chacón Aguilar MC, Peregrín Álvarez I, Álvarez de Sotomayor Merino J, Carrillo Vadillo R. Edema vulvar masivo en preeclampsia severa. *Prog Obstet Ginecol* 2007;50:370-1.
7. Goodlin RC, Frederick IB. Postpartum vulvar edema associated with the birthing chair. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:334.
8. Trice L, Bennett H, Stubblefield PG. Massive vulvar edema complicating tocolysis in a patient with twins. *J Reprod Med* 1996;41:121-4.
9. Brittain C, Carlson JW, Gehlbach DL, Robertson AW. A case report of massive vulvar edema during tocolysis of preterm labour. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:420-2.
10. Coccia ME, Bracco GL, Cattaneo A, Scarselli G. Massive vulvar edema in ovarian hyperstimulation syndrome. *J Reprod Med* 1995;40:659-60.

11. Hernández C, Lynn R. Massive antepartum labial edema. *Cutis* 2010;86:148-152.
12. P. Kumar Saha, M. Rohilla, G.R.V. Prasad, L.K. Dhaliwal, I. Gupta: Massive Vulval Edema. In: *Pregnancy. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007;6.
13. Ewing TL, Smale LE, Elliot FA. Maternal deaths associated with postpartum vulvar edema. *Am J Obstet Gynecol* 1976;134):173-177.
14. Finkler N, Safon LE, Ryan KJ. Bilateral postpartum vulvar edema associated with maternal death. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1188-1189.
15. Jakobi P, Friedman M, Goldstein I, et al. Massive vulvar edema in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1995;40:479-481.
16. Deren O, Bildirici I, Al A. Massive vulvar edema complicating a diabetic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;93:209-211.
17. Rainford DJ. Southey's Tubes and vulval oedema. *Br Med J* 1970; 4:538
18. Daponte A, Skentou H, Dimopoulos KD, et al. Massive vulvar edema in a woman with preeclampsia: a case report. *J Reprod Med* 2007;52:1067-1069.
19. Morris LF, Rapini RP, Herbert AA, et al. Massive labial edema in pregnancy. *South Med J* 1990;83:846-848.