

Edema vulvar gestacional idiopático sin factores de riesgo que remite después del evento obstétrico: reporte de caso en el Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa

Idiopathic gestational vulvar edema without risk factors that remits after the obstetric event: case report at the Hospital de la Mujer Culiacán Sinaloa

Carlos Uriel Reyes-Reyes^{1*}, Alberto Moreno-González¹, Carlos Ernesto Mora-Palazuelos³, Carlos Mario Vega-González¹, Sergio Esteban Beltrán-Urías¹, Paul González-Quintero², Elvis Hernández-Loc²

1. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa, México.
2. Médico Especialista Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa, México.
3. Unidad de Investigación, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

***Autor de correspondencia:** Carlos Uriel Reyes Reyes

Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros s/n, Desarrollo Urbano Tres Ríos, 80020 Culiacán Rosales, Sinaloa, México.

Email: urielreyes_30@hotmail.com ORCID: 0009-0001-2012-8840

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.3122-4342.v16.n2.006>

Recibido 18 de enero 2026, aceptado 25 de abril 2026

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de edema vulvar gestacional idiopático, en una embarazada de 35.1 semanas de gestación (SDG), sin factores de riesgo, quien acude al servicio de tococirugía por referir dolor y edema en zona vulvar de predominio izquierdo de 10 días de evolución, sin causa aparente y de inicio espontáneo y gradual, tratada a su ingreso como bartholinitis por tumoración vulvar a nivel de la horquilla acompañada de dolor que aumenta al caminar, la cual no responde a la antibioticoterapia, exacerbándose el cuadro hasta alcanzar el edema ambos labios mayores y región inguinal izquierda con aumento en el conteo de glóbulos blancos, leucocitos $16.0 \times 10^3/\text{UL}$, y alteración de los reactantes de fase aguda, proteína C reactiva (PCR) 26.28 mg/dL velocidad de sedimentación globular (VSG) 41 mm/h. A quién se le descarta síndrome nefrótico durante su estancia. Se decide iniciar albúmina 12.5 gr IV cada 8 hrs y diurético de asa a base de furosemida 10 mg IV cada 8 hrs durante 24 hrs para favorecer la disminución del edema vulvar, medios físicos y anticoagulación con enoxaparina 40 mg subcutánea cada 24 hrs por 9 días, por el estado de postración de la paciente en cama, para posteriormente finalizar la gestación del embarazo vía abdominal a las 38 SDG, obteniendo un producto masculino sano, y resolución espontánea del edema vulvar posterior al evento obstétrico.

Palabras clave: Edema masivo, embarazo, edema vulvar durante el embarazo.

ABSTRACT

We present a clinical case of idiopathic gestational vulvar edema in a pregnant woman at 35.1 weeks' gestation (WG), with no risk factors, who presented to the obstetric surgery clinic complaining of pain and edema in the vulvar region predominantly on the left side that had been present for 10 days, with no apparent cause and a spontaneous, gradual onset. Upon admission, she was diagnosed with Bartholinitis due to a vulvar mass at the perineal cleft accompanied by pain that worsened with walking; this condition did not respond to antibiotic therapy, and the symptoms worsened until edema affected both labia majora and the left inguinal region, with an increased white blood cell count, leukocytes $16.0 \times 10^3/\mu\text{L}$, and abnormalities in acute phase reactants: C-reactive protein (CRP) 26.28 mg/dL, erythrocyte sedimentation rate (ESR) 41 mm/h. Nephrotic syndrome was ruled out during her hospital stay. It was decided to initiate 12.5 g of albumin IV every 8 hours and a furosemide-based loop diuretic at 10 mg IV every 8 hours for 24 hours to promote the reduction of vulvar edema, along with physical measures and anticoagulation with enoxaparin 40 mg subcutaneously every 24 hours for 9 days, due to the patient's bedridden state, followed by termination of the pregnancy via cesarean section at 38 weeks' gestation, resulting in the delivery of a healthy male infant and spontaneous resolution of the vulvar edema following the obstetric procedure.

Keywords: Massive edema, pregnancy, vulvar edema during pregnancy.

ANTECEDENTES

El edema vulvar masivo es una complicación poco frecuente del embarazo que puede deberse a una patología sistémica subyacente,

pero también se ha asociado con la preeclampsia (PE).¹ El edema puede observarse en el 80% de las gestantes, pero el edema vulvar masivo aislado es poco frecuente durante el embarazo.¹ Se ha informado en la literatura sobre

edema vulvar masivo después de tocólisis, vulvovaginitis, enfermedad de Crohn y PE.²⁻⁴ El desarrollo del edema durante un embarazo normal es multifactorial e implica cambios en los niveles de estrógeno, activación del sistema renina angiotensina y compresión de la vena cava inferior por volumen uterino.¹ En la PE, el aumento de la presión capilar y la disminución de la presión oncótica debido a la hipoalbuminemia devuelven agua al medio intersticial.^{5,6} Las manifestaciones clínicas generalmente incluyen sensación de calor o sensibilidad y dificultad para orinar y deambular en casos graves.⁷

El tratamiento se enfatiza en el manejo de los síntomas, la identificación de las causas subyacentes y el tratamiento adecuado,⁷ como compresión fría,⁸ modificación de las deficiencias de nutrientes,⁴ posición de Trendelenburg,⁹ y terapia de inmersión en agua,¹⁰ y la resolución espontánea después del parto.¹¹ Cuando se elige el manejo invasivo, el drenaje mecánico del edema pueden aliviar la presión, lo que facilita el flujo sanguíneo, al área afectada. En comparación con el tratamiento conservador, las alternativas quirúrgicas proporcionan una resolución más rápida,⁷ sin embargo, el riesgo de infección superpuesta y hemorragia posoperatoria también es una preocupación cuando se trata de intervenciones quirúrgicas.¹² La masa puede convertirse en un bloqueo del canal de parto e influir en las decisiones de los obstetras sobre el modo de parto.⁷ Es importante destacar que actualmente no existen lineamientos establecidos

en la literatura sobre el tratamiento estándar para el manejo del edema vulvar en el embarazo. El presente reporte de caso propone un enfoque alternativo, que incentiva al ginecólogo obstetra a no subestimar el edema vulvar idiopático, promoviendo una evaluación más integral del estado vascular materno y que pueda contribuir a la detección temprana de complicaciones obstétricas durante el parto. Por lo anterior el objetivo del presente es describir el caso de una paciente secundigesta con edema vulvar masivo idiopático que remite después del evento obstétrico.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente secundigesta de 19 años quien acudió al Hospital de la Mujer en Culiacán, Sinaloa, con antecedente de un aborto, embarazo de 35.1 semanas de gestación (SDG), quien acude a valoración por referir dolor y edema en zona vulvar de predominio izquierdo de 10 días de evolución, sin causa aparente y de inicio espontáneo y gradual. A su ingreso se realiza ultrasonido obstétrico con reporte de producto único longitudinal, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal (FCF) de 134 latidos por minuto (lpm), índice de líquido amniótico normal, fetometría para 35 semanas.

Paciente sin antecedentes de importancia, solo antecedente de electro fulguración por condilomatosis genital hace año y medio, refiriendo adecuado control prenatal. En el examen gine-

cológico se observó consciente orientada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, FCF 145 lpm, edema y eritema vulvar en tercio inferior de labio mayor izquierdo, (figura 1) cérvix, posterior cerrado, con leucorrea, extremidades sin edema. El reporte de los exámenes paraclínicos con hemoglobina de 12.1 g/dL, plaquetas de 512,000/mm³, leucocitos 12.0x10³/UL, glucosa 72.8 mg/dl, creatinina 0.5 mg/dl, resto sin alteraciones. Hemodinámicamente estable; por lo que inicialmente se decide manejarla como probable bartholinitis por presencia de tumoración vulvar a nivel de la horquilla acompañada de dolor que aumenta al caminar, y tratarla con amoxicilina 500 mg vía oral (VO) cada 8 horas (hrs) por 6 días y óvulos vaginales de ketoconazol/clindamicina vía vaginal cada 24 hrs por cervicovaginitis durante 10 días y ketorolaco 30 mg IV cada 8hrs por como analgésico. Después de 1 semana de evolución se observa aumento del edema vulvar en dimensión y extensión, hasta abarcar ambos labios mayores y aumento en el conteo de glóbulos blancos leucocitos 16.0x10³/UL, con alteración en los reactantes de fase aguda, proteína C reactiva (PCR) 26.28 mg/dL y velocidad de sedimentación globular (VSG) 41 mm/h, debido a la falta de mejoría clínica, se decide cambiar el esquema de antibioticoterapia a clindamicina 600 mg intravenoso (IV) cada 6 hrs y ceftriaxona 1 gr IV cada 12 hrs durante 6 días y compresas frías en zona afectada. Posteriormente, se decide su pase al área

de hospitalización de obstetricia, para continuar vigilancia materno fetal, donde se le indica recolección de proteínas en orina de 24 hrs para descartar síndrome nefrótico, con resultado de 166.5 mg/24 hrs, y un examen general de orina con esterasa 500, nitritos negativos, leucocitos >900, bacterias negativas. Sin embargo, en la segunda semana de estancia, el edema vulvar se pronuncia aún más y sigue extendiéndose hasta alcanzar la región inguinal izquierda, por lo que se suspende la antibioticoterapia.

A los ocho días de estancia intrahospitalaria con los siguientes paraclínicos hemoglobina 10.5 g/dL, plaquetas de 460,000/mm³, leucocitos 6.4.0x10³/UL, glucosa 64.4 mg/dl, creatinina 0.59 mg/dl, albúmina 3.08 mg/dl, aspartato aminotransferasa (AST) 18.7 UI/L, alanina aminotransferasa (ALT) 9.1 UI/L, deshidrogenasa láctica (DHL) 163 UI/L, la paciente se ha mantenido afebril, se interconsulta al servicio de terapia intensiva, quien agrega al manejo albúmina 12.5 gr IV cada 8 hrs por hipoalbuminemia, con el objetivo de mantener la presión oncótica, evitando así el escape de líquido de los vasos sanguíneos al tercer espacio y furosemida 10 mg IV cada 8 hrs durante 24 hrs como diurético, para favorecer la disminución del edema vulvar y enoxaparina 40 mg subcutánea cada 24 hrs por 9 días como tratamiento anticoagulante por el estado de postración de la paciente en cama.



Figura 1. Edema vulvar generalizado, previo a la resolución obstétrica.

Se toma laboratorios de control dos semanas después de su ingreso, presentando hemoglobina de 9.9 g/dL, plaquetas de 380,000/mm³, leucocitos 7.3x10³/UL, se transfunde un concentrado eritrocitario con el fin de mejorar condiciones, para el evento quirúrgico. Finalmente, se decide a la interrupción del embarazo vía abdominal a las 38 SDG, bajo anestesia neuro axial con técnica de bloqueo mixto se obtiene producto único de sexo masculino, con un peso

de 3060 gr, talla 49 cm, APGAR 8-9, líquido amniótico claro, cavidad uterina normo térmica, con un sangrado total estimado 300 mililitros, sin eventualidades en el evento quirúrgico.

Durante el puerperio inmediato y mediano se observa una disminución importante del edema vulvar, (figura 2 y 3) por lo que se decide su egreso por mejor clínica con los siguientes paraclínicos de control hemoglobina de 11.7 g/dL, plaquetas de 398,000/mm³, leucocitos 6.4x10³/UL, glucosa 65.9 mg/dl, creatinina 0.46 mg/dl, albúmina 3.37 mg/dl, aspartato aminotransferasa (AST) 24.9 UI/L, alanina aminotransferasa (ALT) 10.8 UI/L, deshidrogenasa láctica (DHL) 165 UI/L y antibioticoterapia a base de cefalexina 500 mg VO cada 8 hrs y ketorolaco 10 mg VO cada 8 hrs, como analgésico durante 7 días además de fomentos tibios.



Figura 2 y 3. Disminución del edema, después de la resolución del evento obstétrico.

DISCUSIÓN

El edema vulvar que se presentó de manera idiopática en este reporte de caso, sin factores de riesgo, ni alteraciones bioquímicas, a pesar

de que no se tomaron niveles séricos de estrógenos en la paciente, la evidencia indica que pudo deberse a los cambios en los niveles de estrógenos durante el embarazo,¹ al no encon-

trarse otras causas del edema vulvar, y la hipoalbuminemia que puede ser esperada por los cambios fisiológicos del embarazo, por lo que fue de gran ayuda la administración de diurético de asa a base de furosemida y la aplicación de fomentos tibios para disminución del edema vulvar. Tal y como lo hizo Martí-Gamboa y cols. en un reporte de caso presentado en una gestante primípara de 22 años, con un embarazo de 16 semanas de gestación que se presentó durante el segundo trimestre, a quien se le dio manejo con albúmina por presentar hipoalbuminemia sin causa aparente y corrección del edema con tratamiento diurético a base de furosemida.¹³ cuya respuesta fue similar en nuestra paciente, pero con presentación durante el tercer trimestre. La incidencia de edema vulvar durante el embarazo es una situación difícil de determinar por la rareza en su presentación.¹³ Existen diferentes factores relacionados con la aparición durante el embarazo: como la preeclampsia, tal y como lo reporto Hamza y cols. en 2022 en un reporte de caso de una paciente secundigesta con antecedente de un parto vía vaginal donde el edema vulvar masivo fue secundario a una hipoproteinemia secundaria a daño renal en el contexto de una preeclampsia severa.¹ Pero que además puede presentarse parto prolongado,¹⁴ tratamiento con el uso de tratamiento con tocolíticos,^{2,15} hiperestimulación ovárica,¹⁶ hipoproteinemia y anemia.⁶ Sin embargo, a diferencia de nuestro caso reportado no tenía nin-

guna comorbilidad previa, ni trastornos hipertensivos durante el embarazo que comprometieran la función renal y la presión oncótica. Cuyo manejo llevo a la finalización de la gestación vía abdominal hasta que el embarazo llego a término.

CONCLUSIONES

Actualmente no existen lineamientos establecidos para el tratamiento estándar para el edema vulvar en el embarazo, ni guías de práctica clínica en México para el manejo de este. La decisión entre el tratamiento conservador y el drenaje invasivo es un tema de controversia, en particular si se considera que la mayoría de los casos de edema vulvar tienden a resolverse de manera espontánea después del parto, por lo que el tratamiento se base en los síntomas y la identificación de las causas subyacentes para el tratamiento adecuado, lo que resalta en la importancia de proponer estrategias como las que se implementaron en este reporte de caso para abordar a este tipo de pacientes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo no implicó costos económicos extraordinarios ni uso de inteligencia artificial, más allá de los inherentes al contenido. Los autores no han recibido financiamiento externo para la realización de este proyecto.

La paciente ha dado su consentimiento para la publicación del caso. Todos los autores han

contribuido de manera significativa a la elaboración de este trabajo, y declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Kiram H, Bouab M, Jalal M, Lamrissi A, Bouhya S. Massive vulvar edema during pregnancy: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2022;99:107674. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107674>
2. Brittain C, Carlson JW, Gehlbach DL, Robertson AW. A case report of massive vulvar edema during tocolysis of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165(2):420-2. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(91\)90108-4](https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90108-4)
3. Garayar-Cantero M, Valtueña J, Ruiz-Sánchez D, Manchado-López P, Pérez-Bustillo A. Vulvar edema: diagnostic clue to Crohn disease. *Dermatol Online J.* 2021;27(2).
4. Guven ES, Guven S, Durukan T, Onderoglu L. Massive vulval oedema complicating pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25(2):216-8. <https://doi.org/10.1080/01443610500051080>
5. El Hassani ME, Kassidi F, Benabdejilil Y, Kouach J, Moussaoui DR, Dehayni M. [Massive vulval edema during pregnancy: report of a case]. *Pan Afr Med J.* 2014;19:338. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.338.5572>
6. Hernandez C, Lynn R. Massive antepartum labial edema. *Cutis.* 2010;86(3):148-52.
7. Trang VAV, Pham TN, Le BH, Truyen T, Trinh HKT, Le KM, et al. When intervention becomes imperative: a case report of spontaneous vulvar edema during pregnancy. *AJOG Glob Rep.* 2024;4(2):100339. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2024.100339>
8. Hubb AJ, Orr KL, Stockdale CK. Puerperal vulvar edema and hematoma complicated by overuse of cold therapy—a report of two cases. *J Low Genit Tract Dis.* 2015;19(2):e28-30. <https://doi.org/10.1097/lgt.0000000000000050>
9. Deren O, Bildirici I, Al A. Massive vulvar edema complicating a diabetic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;93(2):209-11. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(00\)00275-x](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(00)00275-x)
10. DiPasquale LR, Lynett K. The use of water immersion for treatment of massive labial edema during pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2003;28(4):242-5. <https://doi.org/10.1097/00005721-200307000-00007>
11. Masoura S, Kalogiannidis I, Dagklis T, Theodoridis T, Agorastos T. Acute vulvar edema a rare consequence of preeclampsia may characterize the severity of the disease. *Hippokratia.* 2011;15(4):378-9.
12. Lindsey JS, DeVente JE. Surgical management of massive labial edema in a gravid preeclamptic diabetic. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014;2014:935267. <https://doi.org/10.1155/2014/935267>
13. Martí-Gamboa S, Cornudella RS, Campillos-Maza JM. Edema vulvar masivo gestacional. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Méx.* 2014;82(09):634-40.
14. Goodlin RC, Frederick IB. Postpartum vulvar edema associated with birthing chair. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;146(3):334. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(83\)90758-5](https://doi.org/10.1016/0002-9378(83)90758-5)
15. Trice L, Bennert H, Stubblefield PG. Massive vulvar edema complicating tocolysis in a patient with twins. A case report. *J Reprod Med.* 1996;41(2):121-4.
16. Coccia ME, Bracco GL, Cattaneo A, Scarselli G. Massive vulvar edema in ovarian hyperstimulation syndrome. A case report. *J Reprod Med.* 1995;40(9):659-60.