Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2020 enero;88(1):8-13.

Tratamiento del edema vulvar con terapia de frío en el puerperio inmediato: serie de casos

Vulvar edema management with cold therapy in the immediate puerperium: A case series.

Carlos Manuel Espinosa-García,[1] Esther Silvia Rodríguez-Colorado,[2] Verónica Granados-Martínez,[3] Carlos Ramírez-Isarraraz,[3] Viridiana Gorbea-Chávez[4]

Resumen

OBJETIVO: Describir los desenlaces de la terapia en frío aplicada a pacientes con edema vulvar patológico en el puerperio.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo consistente en la revisión de los registros clínicos de pacientes con diagnóstico de edema vulvar posparto atendidas en 2018 en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Se analizaron las comorbilidades, los reportes del laboratorio, los tratamientos efectuados y su desenlace.

RESULTADOS: Se reportaron cuatro casos de edema vulvar en el puerperio de pacientes primigestas, de edad promedio de 20 años, tres con parto instrumentado. Ninguna con feto macrosómico. Dos pacientes requirieron episiotomía medio lateral y una sufrió desgarro de tercer grado. Todas con comorbilidades asociadas. Todas se trataron con terapia de frío, antiinflamatorios, furosemida o albúmina intravenosa. A las 48 horas de haber iniciado el tratamiento las 4 pacientes reportaron mejoría, con estancia hospitalaria promedio de 3 días.

CONCLUSIONES: El tratamiento con terapia de frío disminuyó el edema vulvar; es un procedimiento de fácil aplicación y sin eventos adversos.

PALABRAS CLAVES: Edema vulvar; terapia de frío; puerperio; episiotomía; Perinatología.

Abstract

OBJECTIVE: The aim of this study is to describe the outcomes of patients with vulvar edema, who received treatment with cold therapy during the puerperium.

MATERIALS AND METHODS: Observational, descriptive and retrospective study consisting of the review of the clinical records of patients diagnosed with postpartum vulvar edema treated in 2018 at the Isidro Espinosa de los Reyes National Institute of Perinatology. Comorbidities, laboratory reports, treatments performed, and their outcome were analyzed.

RESULTS: Four cases of vulvar edema were reported in the puerperium of primitive patients, with an average age of 20 years, three with instrumented delivery. None with macrosomic fetus. Two patients required middle lateral episiotomy and one suffered a third-degree tear. All with associated comorbidities. All were treated with cold therapy, anti-inflammatory, furosemide or intravenous albumin. At 48 hours after starting treatment, all patients reported improvement, with an average hospital stay of 3 days.

CONCLUSIONS: Treatment with cold therapy decreased vulvar edema; it is a procedure of easy application and without adverse events.

KEYWORDS: Vulvar edema; Cold therapy; Puerperium; Postpartum; Episiotomy; Perinatology.

[1] Residente de Uroginecología.
[2] Coordinadora de la Clínica.
[3] Adscrita a la Clínica.
[4] Profesora adjunta.
Clínica de Uroginecología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Recibido: agosto 2019

Aceptado: octubre 2019

Correspondencia
Carlos Manuel Espinosa García
carlosespinosa86@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Espinosa-García CM, Rodríguez-Colorado ES, Granados-Martínez V, Ramírez-Isarraraz C, Gorbea-Chávez V. Tratamiento del edema vulvar con terapia de frío en el puerperio inmediato: serie de casos. Ginecol Obstet Mex. 2020 enero;88(1):8-13.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3458

ANTECEDENTES

Las pacientes embarazadas, o en puerperio, pueden sufrir edema vulvar patológico asociado con una variedad de condicionantes fisiológicas y patológicas.[1,2] Entre sus causas están las traumáticas, infecciosas, inflamatorias o neoplásicas.[3,4]

La incidencia durante el embarazo y el puerperio es difícil determinarla, sobre todo, porque es infrecuente.[5,6,7] Su pronóstico depende de la causa de aparición[3,5,8] Las pacientes en esta situación requieren rápida intervención y vigilancia estrecha.[2,3,5]

La fisiopatología del edema vulvar no está bien definida, pero existe la hipótesis de que los cambios de volumen-presión y el pobre tejido conectivo de la vulva hacen que esta área sea más propensa a sufrir edema.[6,9] También se han descrito factores asociados con el embarazo: preeclampsia, diabetes, parto prolongado o instrumentado, hipoproteinemia y anemia.[9,10]

El edema vulvar representa un dilema de tratamiento porque no está estandarizado.[1,5,10] Algunos autores han reportado: terapia de frío (hielo o baños de asiento), antiinflamatorios, diuréticos, albúmina o drenaje mecánico.[2,3] El objetivo de este artículo consiste en describir los desenlaces de la terapia en frío aplicada a pacientes con edema vulvar patológico en el puerperio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo consistente en la revisión de los registros clínicos de pacientes con diagnóstico de edema vulvar posparto efectuado durante el 2018 en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Se incluyeron las pacientes en el puerperio con diagnóstico de edema vulvar patológico. Se definió por el hallazgo, durante la exploración física, de aumento masivo del volumen vulvar uni o bilateral que abarcara: labios mayores, menores y horquilla vaginal.

Se excluyeron las pacientes con edema no patológico, o secundario a enfermedades inflamatorias (Crohn), tumores o infecciones, o con expediente clínico incompleto.

De las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se recolectó información de los datos clínicos y demográficos, características clínicas del parto, comorbilidades, informe de los estudios de laboratorio, tratamientos y su desenlace.

El tratamiento consistió en la aplicación de compresas con hielo seis veces al día durante diez minutos e inmersión en agua fría durante el mismo lapso. Además, recibieron: antiinflamatorios, furosemida o albúmina intravenosa.

El seguimiento fue diario durante la hospitalización y después del alta en la Clínica de Urología Ginecológica siete días posteriores al parto. Se consideró mejoría subjetiva cuando la paciente refirió ausencia de síntomas u, objetivamente, al observar disminución mayor de 50% del edema.

RESULTADOS

De aproximadamente 1500 partos atendidos en el año 2018, cuatro pacientes cumplieron los criterios de inclusión de edema vulvar patológico, que enseguida se describen.

Caso 1

Paciente de 26 años, primigesta, con antecedentes de cirrosis hepática Child B; el embarazo transcurrió sin complicaciones. El embarazo finalizó a las 36 semanas, por cesárea. Nació una niña de 1700 g y talla de 42 cm. Durante la cesárea se reportaron laceraciones en las paredes vaginales de aproximadamente 2 cm,

que se repararon con poliglactina 2/0, sin complicaciones.

Al tercer día de puerperio se advirtió aumento bilateral y masivo del volumen de la vulva, acompañado de dolor (8 de 10 de la escala visual analógica del dolor), que le impedía la sedestación. No se observaron lesiones epidérmicas ni adenopatías palpables. Las paredes vaginales, el flujo y el cuello uterino se encontraron sin alteraciones. Sin fiebre ni modificaciones en la tensión arterial.

Los análisis de laboratorio reportaron: hemoglobina 7.0 g/dL, hamatócrito 21.3%, leucocitos 5,500, albúmina 2.2 mg/dL y urinálisis no patológico. El reporte del cultivo cervicovaginal fue negativo.

Se inició el tratamiento conservador y reposo relativo, en posición de Trendelenburg y frío local administrado dos veces al día. El tratamiento se complementó con transfusión de dos concentrados eritrocitarios y aplicación de albúmina intravenosa.

A las 48 horas del tratamiento disminuyó el edema y fue dada de alta del hospital a las 72 horas. Al séptimo día se evaluó en la consulta externa, donde se objetivó una clara disminución del edema genital y de los síntomas asociados. El resto del puerperio transcurrió sin complicaciones.

Caso 2

Paciente de 18 años, primigesta, con antecedente de parálisis cerebral infantil. Ingresó a las 39.1 semanas de embarazo, con diagnóstico de preeclampsia severa y labor de parto. El embarazo finalizó mediante parto, con recién nacido masculino de 41 semanas, peso de 2805 g y talla de 50 cm. Se reportaron laceraciones en las paredes vaginales que no ameritaron reparación.

Durante las primeras 24 horas de puerperio inició con edema vulvar 3 + de predominio derecho, acompañado de dolor leve a la palpación. No se observaron otras lesiones en las paredes vaginales ni en el cuello del útero. No tuvo fiebre.

Los análisis de laboratorio reportaron: hemoglobina 6.7 g/dL, hematócrito 20.1%, leucocitos 9,700, albúmina 2.0 mg/dL y urinálisis no patológico. El reporte del cultivo cervicovaginal fue negativo.

Se inició tratamiento conservador y reposo relativo, con aplicación de frío local dos veces al día, transfusión de dos concentrados eritrocitarios, aplicación intravenosa de albúmina y 500 mg de metronidazol cada 8 horas y 400 mg de ceftibuteno cada 24 horas.

Se advirtió disminución del edema a las 48 horas después del inicio del tratamiento, por lo que a las 72 horas fue dada de alta del hospital. Se evaluó siete días después en la consulta externa, con una notable disminución del edema y de los síntomas asociados. El resto del puerperio transcurrió sin complicaciones.

Caso 3

Paciente de 19 años, primigesta, con antecedente de toxicomanía. El embarazo transcurrió sin complicaciones y finalizó mediante parto a las 41 semanas, con neonato masculino de 3256 g y talla de 51 cm. Se reportó desgarro perineal de II grado, reparado con poliglactina 2/0, sin complicaciones.

A las 24 horas posparto comenzó con edema en los labios mayores y menores y equimosis en el labio menor izquierdo. El ultrasonido vulvar reportó edema, sin colecciones aparentes ni otras lesiones, ni fiebre.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3458

Los análisis de laboratorio reportaron: hemoglobina 12.8 g/dL, hematócrito 39.2%, leucocitos 8,100, albúmina 3.0 mg/dL y urinálisis no patológico. El reporte del cultivo cervicovaginal fue negativo.

Se inició tratamiento conservador con medios físicos fríos, baños de asiento, antibiótico y analgésico. Al tercer día posparto se apreció mejoría clínica, con disminución del dolor y del edema vulvar, sin datos de infección; fue dada de alta del hospital. En la evaluación en consulta externa a los siete días, el cuadro descrito prácticamente había desaparecido. El resto del puerperio transcurrió sin contratiempos.

Caso 4

Paciente de 16 años, primigesta, con antecedentes de desnutrición, trastorno depresivo mayor, trastorno de la conducta alimentaria y diabetes pregestacional. Ingresó a las 37.1 semanas de embarazo con diagnóstico de preeclampsia severa y descompensación metabólica por diabetes.

El embarazo finalizó mediante parto, con recién nacido masculino de 39 semanas, peso de 2355 g y talla de 48 cm. Se aplicaron fórceps Simpson por riesgo de pérdida del bienestar fetal y se reportó desgarro perineal grado III A, que se reparó sin complicaciones.

Fue dada de alta del hospital al tercer día posparto y reingresó al séptimo día, por dehiscencia de la episiorrafia, con tejido necrótico, con edema vulvar 3 + bilateral, acompañado de dolor a la palpación.

Los análisis de laboratorio reportaron: hemoglobina 10.2 g/dL, hematócrito 30.5%, leucocitos 6,200, albúmina 2.2 mg/dL y urinálisis no patológico. El reporte del cultivo cervicovaginal: *Enterococcus faecalis*.

La paciente fue llevada a la sala de operaciones para desbridamiento del tejido necrótico y reparar la episiorrafia; no se registraron complicaciones. Enseguida se inició tratamiento conservador, reposo relativo, aplicación de frío local dos veces al día, albúmina intravenosa y 1 g de ceftriaxona cada 12 horas.

A las 48 horas el edema disminuyó y se le dio el alta hospitalaria. Se evaluó una semana después en la consulta externa, con menos edema y síntomas asociados. El resto del puerperio transcurrió sin complicaciones.

En los **Cuadros 1 y 2** se resumen las características clínicas y el tratamiento indicado a las cuatro pacientes. Todas tuvieron comorbilidades asociadas: cirrosis hepática, preeclampsia, desnutrición, toxicomanías e hipoalbuminemia; y en 3 casos, además, anemia.

Las cuatro pacientes recibieron terapia de frío, complementada con antiinflamatorios, furosemida o albúmina intravenosa. El edema disminuyó significativamente a las 48 a 72 horas del inicio del tratamiento (**Figura 1**), con estancia hospitalaria de 3 a 4 días. Ningún tratamiento tuvo efectos adversos y la importante desaparición del edema se observó a los 7 días en el seguimiento en la consulta externa.

DISCUSIÓN

La información bibliográfica respecto del edema vulvar patológico en el embarazo y puerperio es

Cuadro 1. Características clínicas del parto

Casos	Peso fetal (g)	Episiotomía	Parto instrumentado	Desgarro perineal
1	1700	No	No	No
2	2805	Sí	Sí	No
3	3256	No	Sí	II
4	2355	Sí	Sí	III a

Cuadro 2. Casos de edema vulvar

Casos	Comorbilidades asociadas	Edad (años)	Edad gestacional	Albúmina (mg/mL)	Tratamiento	Alivio (horas)
1	Cirrosis hepática	26	36 sem	2.2	Hielo, terapia de inmersión, albúmina	48
2	Preeclampsia	18	41 sem	2.0	Hielo, antibióticos, sufrexal	48
3	Toxicomanía	19	41 sem	3.0	Hielo, terapia de inmersión, antibióticos, AINES	72
4	Desnutrición, preeclampsia, diabetes	16	39 sem	2.2	Hielo, albúmina, furosemida	48



Figura 1. Mejoría de edema vulvar con terapia de frío.

escasa, se limita a series de casos y reportes de casos individuales. En contraste con nuestras pacientes, los casos de edema vulvar se reportaron durante el embarazo.[2,3,5,7,9,10]

En nuestras pacientes se encontraron factores de riesgo de edema vulvar patológico similares a los reportados en la bibliografía: primigravidez, adolescencia, anemia, albnuminemia, diabetes, desnutrición y preeclampsia.

Kemfang, Afshan y Reynolds, en sus reportes de casos, describieron a la preeclampsia como principal factor de riesgo de edema vulvar masivo en sus pacientes.[6,8,11]

Martí-Gamboa y Deren reportan hipoalbuminemia como causa de edema vulvar en sus pacientes.[3,5] El reporte del caso publicado por Deren, además, incluye a la diabetes mellitus como factor de riesgo.[5]

Hay otros factores de riesgo descritos en reportes de caso: tocolisis (Mulisya)[10] e infecciones (Lawford).[9] En el caso reportado por Ljubojević Hadžavdić, el edema vulvar fue idiopático.[4]

Las pacientes con edema vulvar deben tratarse integralmente porque así lo demanda la alta mortalidad asociada.[3] El tratamiento debe orientarse a la causa específica del edema[4,8] aun a pesar de

https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3458

que no existe un consenso al respecto, razón por la que los tratamientos reportados varían en cada caso, con tiempos de alivio variables.

Kemfang reporta la inmersión en solución antiséptica y desaparición del edema a los 7 días.[6] De igual manera, Lawford reporta la prescripción de antibióticos parenterales y Mulisya la administración de ceftriaxona combinada con dexametasona e ibuprofeno, con disminución significativa a los 10 días del inicio del tratamiento.[9,10]

Por el contrario, Afshan reporta la punción con aguja hipodérmica con desaparición inmediata; y Deren, a pesar de la administración inicial de heparina, albúmina intravenosa, hielo local dos veces al día y reposo en Trendelemburg, no encontró mejoría, por lo que recurrió al drenaje quirúrgico a los 22 días.[5,8] Otro autor, como Martí-Gamboa, optó por el tratamiento conservador con drenaje espontáneo a los 7 días.[3]

El tratamiento ofrecido a nuestras pacientes contrasta con los diversos tratamientos reportados en la bibliografía; sin embargo, con la terapia de frío se encontró disminución significativa a las 48 horas de iniciado el tratamiento, sin efectos adversos.

El pronóstico es variable, dependiente de la causa de aparición y adecuada intervención.[3] En nuestras pacientes el pronóstico fue bueno, sin recidiva del edema ni otras complicaciones concomitantes.

CONCLUSIÓN

El tratamiento con terapia de frío reporta desenlaces favorables en pacientes con edema vulvar, de fácil aplicación y sin eventos adversos.

REFERENCIAS

1. Amankwah Y, Haefner H. Vulvar Edema. Dermatol Clin 2010; 28: 765-77. doi: 10.1016/j.det.2010.08.001.
2. Hernández C, Lynn R. Massive antepartum labial edema. Cutis 2010;86:148-52. URL : https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/086030148.pdf
3. Martí-Gamboa S, et al. Edema vulvar masivo gestacional. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2014; 82: 634-40. PMID: 25412558.
4. Ljubojević Hadžavdić S, et al. Vulvar oedema. Contact Dermatitis. 2018; 78: 226-7. doi: 10.1111/cod.12905.
5. Deren O, Bildirici I, Al A. Massive vulvar edema complicating a diabetic pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000;93:209-11. doi: 10.1016/s0301-2115(00)00275-x
6. Kemfang Ngowa JD, et al. Massive vulvar edema in a woman with severe preeclampsia. A case report and review of literature. Clin Mother Child Health. 2010; 7: 1225-8. http://dx.doi.org/10.4303/cmch/C102047
7. Daponte A, et al. Massive vulvar edema in a woman with preeclampsia: a case report. J Reprod Med. 2007; 52: 1067-9. PMID: 18161411
8. Afshan N, Gokhale L. 'Vulval oedema': a conundrum! BMJ Case Rep 2015. doi: 10.1136/bcr-2014-206666.
9. Lawford AM, et al. A case of massive vulvar oedema due to septic pubic symphysitis complicating pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010; 50: 576-7. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01227.x
10. Mulisya O, et al. Spontaneous massive vulvar edema in pregnancy: A case report. Case Rep Obstet Gynecol. 2018. doi: 10.1155/2018/7651254.
11. Reynolds D. Severe gestational edema. J Midwifery Womens Health. 2003; 48 (2): 146-8. doi: 10.1016/S1526-9523(02)00419-1.