



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALU PÚBLICA**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**“HIPOPROTEINEMIA GESTACIONAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN:**  
**TIPO: ANÁLISIS DE CASOS**

Presentado para optar al grado académico de  
**MÉDICO GENERAL**

**AUTOR:** Katherin Narváez

**TUTOR:** Dr. Víctor Hugo Freire  
Dr. Jorge Lara

Riobamba - Ecuador

2018

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los juicios expuestos en el seguimiento del caso clínico con el tema: “HIPOPROTEINEMIA GESTACIONAL”, como también contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Riobamba, Junio 2018

Yo, Katherin Samanta Narváez Inca soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Análisis de Caso Clínico y el patrimonio intelectual del Trabajo de Titulación pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Katherin Samanta Narváez Inca

## **AGRADECIMIENTO**

A través de estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que con su soporte científico y humano, han colaborado para la realización del presente trabajo. A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y las autoridades pertenecientes a la Facultad de Salud Pública por acogerme durante esta larga etapa estudiantil y permitirme forjar un perfil profesional de calidad.

Muy especialmente a mis tutores Dr. Víctor Hugo Freire y Dr. Jorge Lara Granizo por la acertada orientación y ayuda profesional al compartir todos sus conocimientos para la realización de este trabajo. A su vez agradezco a mis padres por su comprensión, amor y apoyo incondicional durante todo el período de esta ardua carrera.

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

El tribunal del trabajo de investigación certifica que: El trabajo de investigación tipo: Análisis de Caso Clínico titulado “HIPOPROTEINEMIA GESTACIONAL”, de responsabilidad de la Srta. KATHERIN SAMANTA NARVÁEZ INCA, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal de trabajo de titulación, quedando autorizada su presentación.

**Tribunal:**

	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Ginecólogo-Obstetra Dr. Iván Naranjo Logroño <b>PRESIDENTE DEL TRIBUNAL</b>	_____	_____
Ginecólogo-Obstetra Dr. Víctor Hugo Freire Palacios <b>DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>	_____	_____
Ginecólogo -Obstetra Dr. Jorge Eduardo Lara Granizo <b>MIEMBRO DEL TRIBUNAL</b>	_____	_____

Riobamba, Junio, 2018

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN:</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT:</b> .....	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>1</b>
<b>1. ETIOLOGÍA</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 Condiciones inflamatorias</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 Infecciones</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Trauma</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 Condiciones médicas generales</b> .....	<b>6</b>
<b>1.5 Durante el embarazo</b> .....	<b>6</b>
<b>2. DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>6</b>
<b>3. TRATAMIENTO</b> .....	<b>7</b>
<b>4. PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>CASO CLÍNICO:</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Examen físico</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Exámenes complementarios</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Tratamiento:</b> .....	<b>12</b>
<b>4. Evolución:</b> .....	<b>12</b>
<b>DISCUSIÓN:</b> .....	<b>14</b>
<b>CONCLUSIONES:</b> .....	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS:</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-1:</b> Causas de edema vulvar y patologías asociadas.....	2
<b>Tabla 2-1:</b> Exámenes de laboratorio. Biometría hemática.....	10
<b>Tabla 2-2:</b> Exámenes de laboratorio. Química Sanguínea. Tiempos de Coagulación.....	111
<b>Tabla 2-3:</b> Exámenes de laboratorio. Citobacteriológico Secreción Vaginal .....	11

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura. 1-1:</b> Dermatitis Vulvar.....	3
<b>Figura. 1-2:</b> Candidiasis Vulvovaginal.....	5
<b>Figura. 2-1:</b> Presentación de Caso Clínico.....	8
<b>Figura. 2-2:</b> Ecografía Obstétrica.....	9
<b>Figura. 2-3:</b> Ecografía de Partes Blandas .....	10
<b>Figura. 2-4:</b> Presentación de Caso Clínico.....	12
<b>Figura. 2-5:</b> Presentación de Caso Clínico.....	13
<b>Figura. 2-6:</b> Presentación de Caso Clínico.....	13



**RESUMEN:**

La Hipoproteinemia como causa de edema vulvar durante la gestación es una complicación extremadamente rara, la cual puede generar altos riesgos y ser precursor de graves comorbilidades. No obstante un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado pueden conllevar hacia una evolución satisfactoria. Presentamos el caso de una paciente primigesta de 22 años que en su semana 37 de gestación presentó un edema vulvar masivo teniendo como factor etiológico un estado de hipoproteinemia e hipoalbuminemia. Tras recibir el tratamiento, su evolución favorable permitió la finalización del embarazo de manera espontánea mediante parto vaginal sin recidivas ni complicaciones posteriores.

**Palabras clave:** <TECNOLOGÍAS Y CIENCIAS MÉDICAS>,<MEDICINA>,<EMBARAZO>,<EDEMA>,<VULVA>,<HIPOALBUMINEMIA>,<HIPOPROTEINEMIA>.

**ABSTRACT:**

Hypoproteinemia as a cause of vulvar edema during pregnancy is an extremely rare complication, which can generate high risks and be a precursor of serious comorbidities. However, an opportune diagnosis and an adequate treatment can lead to a satisfactory evolution. We present the case of a 22-year-old primiparous patient who, in her 37th week of gestation, presented a massive vulvar edema with a state of hypoproteinemia and hypoalbuminemia as the etiological factor. After receiving the treatment, its favourable evolution allowed the termination of the pregnancy spontaneously by vaginal delivery without recurrence or later complications.

**Keywords:** <TECHNOLOGIES AND MEDICAL SCIENCES>, <MEDICINE>, <PREGNANCY>, <EDEMA>, <VULVA>, <HYPOALBUMINEMIA>, <HYPOPROTEINEMIA>.

## INTRODUCCION

Durante la etapa del embarazo 8 de cada 10 mujeres presentan un edema clínico demostrable, lo que se atribuye a un incremento entre 6 y 8 litros de agua corporal total, del cual al menos el 25% será distribuido hacia el espacio intersticial.<sup>(Davison, citado en Martí-Gamboa et al, 2014)</sup> Este edema es de inicio gradual, de predominio vespertino, se localiza a nivel de tobillos y pies, siendo más frecuente durante el segundo trimestre y puede permanecer incluso 10 días después del parto.<sup>(Flores-Villegas,2014, p.54)</sup> La presencia de edema vulvar secundario a hipoproteinemia e hipoalbuminemia en el transcurso del embarazo es una complicación extremadamente rara, la cual es asociada en gran número de casos a una enfermedad orgánica subyacente.<sup>(Kemfang-Ngowa, et al, 2010; Deren O, 2000; Martí-Gamboa S, 2014; Kumar Saha P, 2007 )</sup>

## 1. ETIOLOGÍA

El edema vulvar puede manifestarse por múltiples causas, entre ellas inflamatorias, infecciosas, traumáticas, entre otras. (Amankwah, 2010) (Tabla 1-1)

**Tabla 1-1.** Causas de edema vulvar y patologías asociadas

<b>CAUSAS DE EDEMA VULVAR</b>	<b>PATOLOGIAS</b>
<b>INFLAMATORIAS</b>	-Dermatitis por contacto -Hidradenitis supurativa -Enfermedad de Crohn
<b>INFECCIOSAS</b>	-Candidiasis Vulvovaginal -Celulitis -Virus de Epstein-Barr -Absceso de Bartolino -Filariasis
<b>TRAUMATICAS</b>	-Hematoma Vulvar
<b>NEOPLASICAS</b>	-Lipomas -Quiste del conducto de la glándula de Bartolino -Linfangioma -Angiomixoma agresivo -Linfomas -Neoplasia vulvar o labial
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	-Chancroide -Linfogranuloma venéreo -Tricomonas -Herpes virus simple -Condiloma acuminado -Sífilis
<b>ASOCIADAS AL EMBARAZO</b>	-Preeclampsia -Tratamiento con tocolíticos

	-Parto prolongado
<b>OTRAS</b>	-Hipoproteinemia -Anemia -Iatrogénicas

**Fuente:** Amankwah, 2010

**Realizado por:** Katherin Narváez

## 1.1 Condiciones Inflammatorias

### 1.1.1 *Dermatitis de Contacto*



**Figura 1-1:** Dermatitis Vulvar.

**Fuente:** (Amankwah, 2010, p 766)

La dermatitis de contacto a nivel vulvar es una reacción inflamatoria que se presenta de manera aguda o crónica como resultado de la exposición de esta zona con diversas irritantes. Los alérgenos de la vulva incluyen anestésicos (benzocaína y difenhidramina), antibióticos (sulfato de neomicina y sulfa), antimicóticos (clotrimazol), medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (bufexamac), antivirales (aciclovir), corticosteroides, clorhexidina, fragancias, conservantes (parabenos) y lanolina. La apariencia de la piel afectada varía desde normal a eritema, vesículas y, en ciertos casos edema. (Haeger, 2007, citados en Amankwah, 2010, p.766)

El tratamiento incluye la eliminación del agente causante y alivio sintomático con paquetes de hielo aplicados a la piel vulvar para mayor comodidad. El alivio del prurito es esencial, medicamentos, tales como amitriptilina (de 25 a 50 mg al acostarse) o hidroxizina (10 a 50 mg) generalmente es útil. Corticosteroides tópicos de potencia alta a media son utilizados para revertir la inflamación y el subsecuente edema. En ocasiones el uso de esteroides orales es requerido

como; prednisona (40 mg a 60 mg) cada mañana durante 7 a 10 días. La dermatitis de contacto tipo alérgica requiere al menos de un mes de terapia con corticosteroides, mientras que la dermatitis irritativa en menor tiempo. (Haeger, 2007, citados en Amankwah, 2010, p.766)

### ***1.1.2 Enfermedad de Crohn***

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria crónica, que afecta principalmente el tracto intestinal en toda su longitud desde la cavidad oral al ano. El 15% de los pacientes afectados presentan alteración de los tejidos mucocutáneos. (Tavarela, 2004; citado en Amankwah, 2010, p.766)

La enfermedad extraintestinal con o sin continuidad con el intestino a veces ocurre. Se la conoce también como Crohn metastásico y puede aparecer con manifestaciones ginecológicas que a menudo no son reconocidas y son difíciles de tratar. La lesión vulvar se producen en aproximadamente 2% de las mujeres con enfermedad de Crohn. Muy a menudo, su única manifestación es el edema labial asimétrico, sin otro signo cutáneo lo cual sugiere este diagnóstico. De forma más severa pueden producirse úlceras, abscesos o fisuras localizadas en el surco interlabial, perineo, o pliegues crurales. (Feller ER, et al, 2001; citados en Amankwah, 2010, p.766-67)

### ***1.1.3 Hidradenitis Supurativa***

Se trata de una condición crónica, no infecciosa, folículo oclusivo, que resulta en nódulos dolorosos y abscesos con distribución simétrica, cuya localización predominante es a nivel de las axilas y la ingle. Las lesiones son recurrentes y se acompañan de dolor profundo e intenso. La prevalencia se encuentra entre el 1% a 4% de la población. A menudo inicia cuando la mujer presenta sus ciclos menstruales y mejora luego de la menopausia con una incidencia máxima entre la segunda y tercera década de vida. La biopsia generalmente no es requerida para el diagnóstico, sin embargo se ha encontrado carcinoma de células escamosas en hasta el 3,2% de los pacientes con hidradenitis perineal supurativa. (Fitzsimmons, Gilbert, 1985; citados en Amankwah, 2010, p.767-68)

Medidas generales de tratamiento incluyen la educación, apoyo, reducción de la fricción, calor y sudoración en el área, el uso de antisépticos y limpiadores. El tratamiento médico usa antiandrógenos, como espironolactona o anticonceptivos orales, para disminuir la sensibilidad del órgano final. La administración crónica de antibióticos con efectos antiinflamatorios minimiza la actividad de esta enfermedad; estos incluyen doxiciclina (100 mg dos veces al día), clindamicina (150 mg dos veces al día) y trimetoprim sulfametoxazol. (Jemec GB.2004; citado en Amankwah, 2010, p.768)

## 1.2 Infecciones

Infecciones vulvares (levaduras, virus y bacterias) y las infestaciones parasitarias tienen diferentes presentaciones, como edema, eritema y ulceración.

### 1.2.1 Candidiasis vulvovaginal



**Figura 1-2.** Candidiasis Vulvovaginal. Eritema y edema

**Fuente:** (Amankwah, 2010, p 769)

Es una infección habitual provocada por *Candida Albicans*, un tipo de hongo. Se considera que al menos  $\frac{3}{4}$  de la población femenina tienen al menos un episodio de candidiasis vulvovaginal durante su vida. Los cuadros severos se describen por edema vulvar extenso, eritema, excoriación y formación de fisuras. Varios de los síntomas que incluyen son: prurito, dolor vaginal, quemazón vulvar, dispareunia y disuria. El diagnóstico se puede hacer realizar en una mujer sintomática con una preparación (10% de hidróxido de potasio) o Gram de secreción vaginal que demuestra levaduras o pseudohifas.

El tratamiento incluye agentes orales como el uso de fluconazol 150 mg en dosis única, que puede ser favorable debido a la facilidad de administración. Las cremas tienden a ser irritantes y posiblemente sensibilizan la piel. (Richter, et al, 2005; citados en Amankwah, 2010, p.768-69)

### 1.2.2 Virus de Epstein Barr

El virus de Epstein-Barr como causante de ulceraciones vulvares ha sido una manifestación inusual, sin embargo existen reportes que la mencionan particularmente en adolescentes. (Halvorsen, et al, 2006) Síntomas como fiebre, dolor de garganta, linfadenopatía cervical, ulceraciones genitales y el edema puede ocurrir durante un episodio agudo de mononucleosis infecciosa, una infección por virus de Epstein-Barr. (Amankwah, 2010, p.772)

### **1.3 Trauma**

Un traumatismo vulvar generado por varios mecanismos puede resultar en hematomas masivos y edema. Las lesiones de Straddle son las más reportadas especialmente en los grupos de edad pediátrica y adolescente. (Amankwah, 2010, p.772)

### **1.4 Condiciones Médicas Generales**

El edema vulvar puede ocurrir como parte de un cuadro de anasarca secundario a una condición médica generalizada. En insuficiencia renal y cardíaca el aumento intravascular de la presión hidrostática conduce a la formación de edema, la reducción de la presión oncótica en plasma en la desnutrición severa y la falla hepática es otro mecanismo para el edema generalizado. El tratamiento de la condición subyacente resuelve el edema vulvar asociado. ((Flores-Villegas, 2014, p.54; Amankwah, 2010, p.773)

### **1.5 En el Embarazo**

El edema vulvar asociado con el embarazo ha sido descrito, siendo una condición extremadamente rara. Varios de los factores que han sido relacionados con su aparición son: Preeclampsia, Diabetes pregestacional, parto prolongado, uso de silla obstétrica, manejo con tocolíticos (Amankwah, 2010; Masoura, 2011; Pérez, 2009; Daponte, 2007; Rodríguez, 2007; Lindsey, 2014; Deren, 2000; Goodlin, 1983; Trice, 1996; Brittain, 1991)

## **2. DIAGNÓSTICO**

Ante un caso de edema vulvar es importante realizar una historia clínica completa y un examen físico minucioso que nos permitirá aclarar la etiología del cuadro. Deberán solicitarse análisis de laboratorio; Biometría Hemática, Química sanguínea, estudios para valorar la función renal (creatinina sérica, aclaramiento de creatinina, proteinuria) y hepática (GOT, GPT, TP, fosfatasa alcalina, concentración de proteínas totales y albúmina sérica). Si se sospecha de un cuadro infeccioso, la tinción de Gram descartará la existencia de Candida, el Test de Tzanck o ELISA puede descartar una infección por virus herpes simple. (Amankwah, 2010)

Es conveniente también mencionar a los estudios de imagen como una herramienta útil para diagnóstico, pues ayudan a descartar alguna formación tumoral en la pelvis que pueda obstruir el retorno venoso, linfático, o bien fenómenos de trombosis vascular. (Martí-Gamboa, et al, 2014, p.638)



### 3. TRATAMIENTO

Debido a que su presentación es poco común no existe hasta el momento un protocolo de tratamiento para el edema vulvar. Sin embargo este va encaminado principalmente a tratar su etiología. El manejo conservador del edema labial en el transcurso del embarazo es la forma más común de tratamiento, siendo necesario el nacimiento del producto para la abolición total del cuadro. (Martí-Gamboa, 2014; Morris, et al 1990; Kemfang-Ngowa et al, 2010, Amankwah, 2010; Masoura S, et al, 2011) Sin embargo, este no es apropiado en situaciones donde la salud materna o fetal esté en riesgo, como es el caso de pacientes con preeclampsia grave.

Medidas como la aplicación de hielo local, reposo absoluto, adoptar la posición de Trendelenburg y un control dietético adecuado son importantes para tratar la sintomatología y mejorar los resultados. (Daponte A, 2007; Trice L, 1996; Deren. O, 2000; DiPasquale LR, 2003; Guven GSE, 2005) En caso de que el procedimiento médico no invasivo falle, algunos autores consideran el drenaje mecánico como una alternativa para su resolución. (Deren O, 2000; Bracero LA y Didomenico A, 1191 citados en Lindsey JS, 2014)

### 4. PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN

El pronóstico del edema vulvar depende mucho del cuadro base que lo genera. Se ha visto que la mayor parte de casos expuestos han estado vinculados con cuadros de preeclampsia, que a su vez ha sido predictor de graves complicaciones, entre ellas ascitis, edema agudo de pulmón y muerte fetal. (Kemfang-Ngowa et al, 2010; Rodríguez J, 2007; Pérez N. 2009) Durante el posparto (Ewing TL, 1976 y Finkler N, 1987) han destacado la importancia del cuidado en una paciente con presencia de leucocitosis, pues se ha asociado con muerte materna.

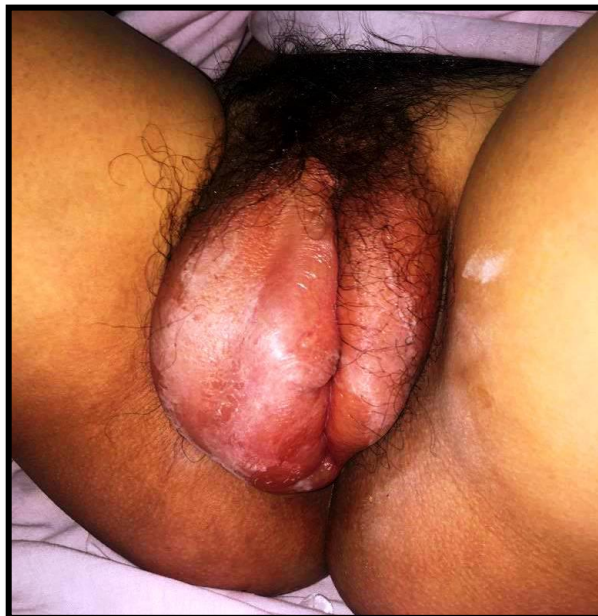
## CASO CLÍNICO:

Paciente de 22 años, primigesta, sin antecedentes patológicos de importancia, con controles prenatales satisfactorios. Acude a emergencia a la semana 37 de gestación por presentar un edema vulvar de un mes de evolución sin causa aparente el cual ha ido incrementando progresivamente de tamaño y se agrava en la última semana hasta dificultar la micción y la deambulacion. (Figura 2-1)

### 1. Examen Fisico

Sus signos vitales dentro de parámetros normales. Frecuencia cardiaca: 78' Frecuencia respiratoria: 20'. Tensión Arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 36.6 °C. En el examen obstétrico se evidencia un útero aumentado de tamaño, altura de fondo uterino 32cm. "Feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica". Frecuencia cardiaca fetal: 145 por minuto, actividad uterina negativa, movimientos fetales presentes.

Al examen inguinogenital se aprecia un edema masivo vulvar que compromete la horquilla vaginal, labios mayor y menor derecho +++/+++ , labio mayor y menor izquierdo ++/+++ . Glándulas de Bartolini normales a la inspección. Tacto vaginal: cuello cerrado, posterior, canal vaginal sin alteración. No se evidenciaron pérdidas de fluidos. Miembros inferiores con edema +/+++ , tono, fuerza y reflejos osteotendinosos conservados.



**Figura 2-1.** Edema vulvar masivo que compromete labio mayor-menor derecho +++ e izquierdo ++ junto con la horquilla vaginal.



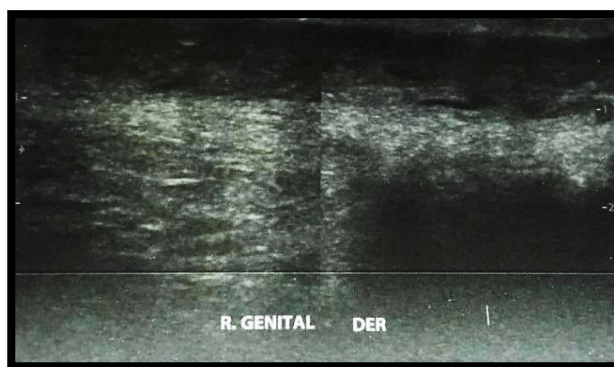
**Figura. 2-2** Ecografía Obstétrica al ingreso

## 2. Exámenes Complementarios

Los análisis de laboratorio; Biometría Hemática demuestra una Anemia normocitica hipocrómica leve con un Hematocrito 36.2% y Hemoglobina 10.80 g/dl (**Tabla 2-1**). Los resultados del proteinograma reportaron una hipoproteinemia (proteínas totales 6.1 g/dL) e hipoalbuminemia (albúmina 2.3 g/dL), Proteinuria: 19.90 mg/dL. Índice Proteinuria/ Creatininuria elevado 38.54 mg/mmol (**Tabla 2-2**). El examen citobacteriológico de secreción vaginal reportó pocios 10-12xc. Hongos: esporas +. Bacterias: escasas. Cocos Gram positivos escasos. (**Tabla 2-3**)

Se realizaron pruebas de bienestar fetal: Ecografía obstétrica en la cual se evidenció un feto único cefálico longitudinal, placenta fúndica posterior, grado II de maduración. Diámetro Biparietal (DBP): 8.6 cm Perímetro cefálico (HS): 31cm Perímetro abdominal (CA): 32cm Longitud femoral (LF): 7,0 cm con un peso aproximado de 2815 gr. Índice de líquido amniótico (ILA): 8.6, Edad gestacional aproximada 36 semanas. (**Figura 2-2**) El monitoreo fetal obtuvo un Patrón Reactivo.

También se le practicó una Ecografía de Partes blanda de la zona afectada que reportó: Incremento en el espesor del labio mayor derecho en 21 mm, secundario a edema moderado limitado a TCS. No se evidencian masas ni colecciones a este nivel. Al Doppler color no se aprecian alteraciones en la vascularidad. (**Figura 2-3**)



**Figura. 2-3** Ecografía de partes blandas.

Incremento en el espesor del labio mayor derecho. Edema limitado a TCS.

**Tabla 2-1.** Exámenes de laboratorio. Biometría hemática.

Prueba	Resultados	Rangos
<b>HEMATOLOGIA</b>		
<b>Glob.Blancos</b> <b>10<sup>3</sup>/uL</b>	6.20	5.00 - 10.00
<b>Basófilos %</b>	0.0	0.0-0.5
<b>Eosinófilos %</b>	1.2	0.5-4.0
<b>Neutrófilos %</b>	63.1	55.0 - 65.0
<b>Linfocitos %</b>	29.8	25.0-35.0
<b>Monocitos%</b>	5.9	4.0-8.0
<b>Hematocrito %</b>	36.2	38.0 - 47.0
<b>Hemoglobina</b> <b>g/dl</b>	10.80	11.50 - 16.50
<b>MCH pg</b>	30.0	27.0-32.0
<b>MCHC g/dl</b>	32.6	33.0-37.0
<b>MCV fL</b>	92.0	80.0-100.0
<b>Plaquetas</b> <b>10<sup>3</sup>/uL</b>	215.000	150.00 - 450.00

**Fuente:** Laboratorio Clínico - Hospital Provincial General Docente  
Riobamba – Ministerio de Salud Pública

**Realizado por:** Katherin Narváez

**Tabla 2-2.** Exámenes de laboratorio. Química Sanguínea. Tiempos de Coagulación. Perfil Proteico

Prueba	Resultados	Rangos
<b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>		
Glucosa mg/dl	75.0	74.0-106.0
Creatinina	0.64mg/dl	0.5-1.2
BUN	6.0mg/dl	7.0-18.0
<b>TIEMPOS DE COAGULACIÓN</b>		
Tiempo de Tromboplastina TTP	26.80 seg	20.00-45.00
TP	10.60 seg	10.00-13.50
TP %	141.30 %	70.0-100.00
INR	0.88	0.10-2.00
<b>PERFIL PROTEICO</b>		
Proteínas Totales	6.1 g/dl	6.4-8.2
Albumina	2.3 g/dl	3.4-5.0
Globulina	3.9 g/dl	1.40-3.40
Cociente Proteinuria/Creatinuria	38.54 mg/mmol	Punto de corte $\geq$ 30 mg/mmol

**Fuente:** Laboratorio Clínico - Hospital Provincial General Docente  
 Riobamba – Ministerio de Salud Pública

**Realizado por:** Katherin Narváez

**Tabla 2-3.**

laboratorio. Citobacteriológico Secreción Vaginal

Exámenes de

<b>FRESCO DE SECRECION VAGINAL</b>	
<b>CELULAS DEL EPITELIO VAGINAL</b>	18-20 xc
<b>PIOCITOS</b>	10-12 xc
<b>HONGOS</b>	Esporas +
<b>BACTERIAS</b>	Escasas
<b>GRAM</b>	Cocos gram positivos escasos

**Fuente:** Laboratorio Clínico - Hospital Provincial General Docente  
 Riobamba – Ministerio de Salud Pública

**Realizado por:** Katherin Narváez

El cuadro clínico descrito junto con los resultados de laboratorio confirman el edema de vulva asociado a hipoproteinemia e hipoalbuminemia. Se descartó un cuadro de preeclampsia puesto que las cifras de tensión arterial siempre se mantuvieron dentro de los estándares normales.

### 3. Tratamiento:

Se indicó reposo absoluto en posición de Trendelenburg y colocación de hielo local durante 30 minutos 2 veces al día; Sulfato ferroso 200mg vía oral cada día. Se procede a la transfusión de plasma refrigerado cada 8 horas (en total 3) + Albúmina al 25% intravenoso a 33 gotas/min. Además se añade Clotrimazol vía vaginal cada 24 horas por 3 días.

### 4. Evolución:

A las 48 horas de su ingreso se pudo apreciar ya una considerable disminución del edema. (**Figura 2-4**). Se le practicó exámenes de control el día 22/07/17, los mismos que mostraron una normalización de las cifras de proteínas totales y albúmina.

Durante su estancia hospitalaria cumplió con el tratamiento y se mantuvo bajo cuidados estrictos por parte del personal médico y de enfermería. Tras permanecer siete días hospitalizada, con una buena evolución, la paciente es dada de alta el día 25 de Julio, observándose una resolución casi completa del edema vulvar y un alivio de los síntomas asociados. Se recomienda seguimiento por consulta externa. (**Figura 2-5**)



**Figura 2-4.** Evolución del edema a las 48 horas de hospitalización con la aplicación de hielo local y plasma.



**Figura 2-5.** Cuadro al momento del alta. Gran reducción del edema vulvar.



**Figura 2-6.** Resolución casi completa del edema vulvar.

El día 02/08/17 acude por Labor de parto. Al examinar el área genital se observa una resolución casi completa del edema de vulva, (**Figura 2-6**) mismo que no interfiere al momento de asistir su parto cefalovaginal, obteniéndose así a un recién nacido vivo, sexo masculino, Apgar 8/9 con peso y talla adecuados para la edad gestacional. En un período de seguimiento de 6 meses mediante controles ginecológicos, el cuadro desaparece completamente y no se evidenció recidivas o complicaciones subsecuentes.



## DISCUSIÓN:

El edema vulvar masivo relacionado a hipoproteïnemia en el transcurso del embarazo es una complicación rara que puede manifestarse de forma secundaria a una enfermedad orgánica subyacente. (Kemfang-Ngowa, et al, 2010; Deren O, 2000) En nuestro caso el posible factor desencadenante fue el estado de Hipoproteinemia e Hipoalbuminemia demostrado en los análisis de laboratorio de la paciente. Ante niveles bajos de albúmina sérica disminuye la presión oncótica, con lo cual existe una extravasación de líquido hacia el espacio intersticial y el consecuente edema. (Flores-Villegas, 2014, p.54; Amankwah Y, 2010) En la literatura hasta el momento existen escasas publicaciones que mencionan a un estado de hipoproteïnemia como su posible etiología. (Kemfang-Ngowa, et al, 2010; Deren O, 2000; Martí-Gamboa S, 2014; Kumar Saha P, 2007)

Los casos registrados de edema vulvar concomitante con anemia e hipoalbuminemia severa han tenido diversas causas desencadenantes, como la insuficiencia hepática secundaria a preeclampsia, síndrome nefrótico o hipoproteïnemia debida a malnutrición. (Bracero LA, 1991; Pérez N. 2009; Daponte A, 2007, ; Kumar Saha P, 2007)

A diferencia de estos, nuestra paciente no presentó una patología base, su presión arterial siempre se mantuvo con valores normales descartándose así un cuadro de preeclampsia. Tampoco pudo demostrarse algún daño renal, hepático o digestivo como causa desencadenante de la hipoalbuminemia.

Debido a la infrecuencia de su presentación, no existe hasta el momento un protocolo de tratamiento, sin embargo el mismo se guía según su etiología. (Amankwah Y, 2010; Morris, et al, 1990: citados en Kemfang-Ngowa, et al, 2010) En nuestro caso se realizó la transfusión de paquetes de plasma refrigerado y albúmina sérica al 25 % que junto con medidas complementarias ayudaron al alivio de los síntomas y posteriormente la resolución del problema.

El pronóstico ante un cuadro de edema vulvar está estrechamente ligado según el factor causante y el tratamiento instaurado. A pesar de que esta manifestación muchas veces ha sido predictor de graves complicaciones, nuestro caso contó con una evolución y pronóstico favorable en cuanto se dio corrección al déficit de albúmina y proteínas totales. Con ello fue posible la finalización del embarazo de manera espontánea mediante parto vaginal sin presentar complicaciones.



## **CONCLUSIONES:**

El edema vulvar durante la gestación es una complicación rara, la cual puede manifestarse por múltiples causas, entre estas el estado de Hipoproteinemia que puede ser secundario a malnutrición o enfermedad subsecuente.

El diagnóstico es netamente clínico, sin embargo es necesario realizar análisis complementarios para confirmar la etiología del edema, a la vez que nos servirá para establecer un tratamiento adecuado y mejorar la evolución y pronóstico de la paciente.

Dependiendo las semanas de gestación, un tratamiento oportuno hace posible la finalización del embarazo de manera espontánea, por parto eutócico, evitando así muchas de las complicaciones que puede conllevar la práctica de una cesárea.

Es importante alertar a los profesionales sobre casos de edema vulvar en gestantes, ya que requieren un seguimiento cuidadoso debido al probable riesgo de deterioro grave.

Es importante valorar el estado nutricional de una mujer embarazada, pues la presencia de Anemia durante esta etapa continúa siendo un problema de salud pública, cuyas repercusiones pueden poner en riesgo la salud materno- fetal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**Amankwah Y.** (2010). *Vulvar Edema. DermatolClin*, 28, 765-777.

**Brittain C, Carlson J, Gehlbach D y Robertson A.** (1991). "A case report of massive vulvar edema during tocolysis for preterm labor," *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(2), 420-422.

**Daponte A, Skentou H, Dimopoulos D, Kallitsaris A y Messinis E.** (2007). "Massive vulvar edema in a woman with preeclampsia: a case report," *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 52(11), 1067–1069.

**Davison JM.** (1997). Edema in pregnancy. *Kidney Int Suppl*, 59, 90-96.

**Deren O, Bildirici I y Atakan Al.** (2000). "Massive vulvar edema complicating a diabetic pregnancy," *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 93(2), 209-211.

**DiPasquale LR, Lynett K.** (2003). The use of water immersion for treatment of massive Labial edema during pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 28(4), 242-5

**Feller ER, et al.** (2001). Gynecologic aspects of crohn's disease. *Am Fam Physician*, 64, 1725-8.

**Fitzsimmons JS, Gilbert G.** (1985). A family study of hidradenitis suppurativa. *J Med Genet*, 22, 367-73.

**Flores-Villegas B, Flores-Lazcano I y Lazcano-Mendoza ML.** (2014). Edema. Enfoque clínico. *MedIntMéx*, 30, 51-55.

**Goodlin RC y Frederick IB.** (1983). Postpartum vulvar edema associated with the birthing chair. *Am J ObstetGynecol*, 146, 334.

**Haeger E, Girton S, Kennedy C.** (2007). Contact dermatitis of the vulvar. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 27, 1-6.

**Halvorsen JA, Brevig T, Aas T, et al.** (2006). Genital ulcers as initial manifestation of Epstein Barr virus infection: two new cases and a review of the literature. *Acta Derm Venereol*, 86, 439-42.

**Jemec GB.** (2004). Medical treatment of hidradenitis suppurativa. *Expert Opin Pharmacother*, 5(8), 1767- 70.

**Kemfang-Ngowa JD.** (2010). Massive vulvar edema in a woman with severe preeclampsia. A case report and review of literature. *Clin Mother Child Health*, 7, 1225-1228.

**Lindsey JS y DeVente J.** (2014). Surgical Management of Massive Labial Edema in a Gravid Preeclamptic Diabetic. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 935267, Recuperado de: <http://doi.org/10.1155/2014/935267>

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

**Masoura S, Kalogiannidis I, Dagklis T, Theodoridis T y Agorastos T.** (2011). “Acute vulvar edema a rare consequence of preeclampsia may characterize the severity of the disease,” *Hippokratia*, 15(4), 378-379.

**Morris LF, Rapini RP, Herbert AA, et al.** (1990). Massive labial edema in pregnancy. *South Med J*, 83, 846-848.

**Pérez N, Durán J y Gómez J.** (2009). Edema vulvar masivo con preeclampsia grave. Presentación de un caso, *Medisur*, 7(5), 58-61

**Richter SS, Galask RP, Messer SA, et al.** (2005). Antifungal susceptibilities of Candida species causing vulvovaginitis and epidemiology of recurrent cases. *J Clin Microbiol*, 43, 2155-62.

**Rodríguez J, Chacón MC, Peregrín I, Alvarez de Sotomayor J y Carrillo R.** (2007). Edema Vulvar Masivo en Preeclampsia Severa, *ProgObstetGinecol*, 50(6), 370-71.

**Tavarela VF.** (2004). Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*; 20 (4), 50-53.

**Trice L, Bennert H y Stubblefield PG.** (1996). Massive vulvar edema complicating tocolysis in a patient with twins. *J Reprod Med*, 41, 121-4.

**Guven GSE, Guven S, Durujan T, Onderoglu L.** (2005). Massive vulval oedema complicating pregnancy. *J. Obst Gynaecol* 2005; 25: 216-8.

**Bracero LA y Didomenico A.** (1991). Massive vulvar edema complicating preeclampsia: a management dilemma. *J Perinatol*, 11, 122-25.

**Ewing TL, Smale LE y Elliot FA.** (1976). Maternal deaths associated with postpartum vulvar edema. *Am J Obstet Gynecol*, 134, 173-77.

**Finkler N, Safon LE y Ryan KJ.** (1987). Bilateral postpartum vulvar edema associated with maternal death. *Am J Obstet Gynecol*, 156, 1188-89.

**Kumar Saha, M. Rohilla, G.R. Prasad, L.K. Dhaliwal, I. Gupta.** (2007). Massive Vulval Edema. In: Pregnancy. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 6(2), 1-3

## ANEXOS

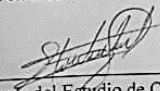
### Anexo A: Consentimiento informado

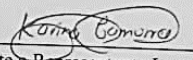
#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO

Riobamba, 28 de Julio de 2017

Por medio de la presente, declaro la Srta. Ramiro Leta Kaima Lopez identificado con Cédula de Ciudadanía No. 0604757119; ha informado adecuadamente a mi persona \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_; sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a Edema Vulvar Gestacional, mismo que será expuesto en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo como parte del programa de titulación.

Con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica le he referido, exámenes de laboratorio y demás estudios que él ha considerado pertinentes. Del mismo modo solicita mi permiso para tomar fotografías clínicas que serán utilizadas de manera profesional. Manifiesto que he sido informado que esta información podrá ayudar a personas que padezcan mi misma condición médica, que mi identidad no será revelada y que siempre se velará por que mi privacidad y anonimato se mantengan en todo momento.

  
\_\_\_\_\_  
Autoría del Estudio de Caso

  
\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Legal