

370 **Jorge Rodríguez Casares**
M. Carmen Chacón Aguilar
Irene Peregrín Álvarez
Jesús Álvarez de Sotomayor Merino
Raquel Carrillo Vadillo

Unidad de Perinatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia:

Dr. J. Rodríguez Casares.
Unidad de Perinatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Batalla del Ebro, 8 1.º B. 11100 San Fernando. Cádiz. España.
Correo electrónico: jrodcasares@wanadoo.es

Fecha de recepción: 26/1/06.

Aceptado para su publicación: 13/2/07.

Edema vulvar masivo en preeclampsia severa

Massive vulvar edema in severe preeclampsia

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una gestante, diabética pregestacional, que en la semana 22 de gestación presenta una preeclampsia severa con edema masivo agudo de la vulva y un edema agudo de pulmón. Se realiza una revisión bibliográfica, mediante búsqueda informática, en el sistema de Medline, de los trabajos publicados relacionados.

El edema vulvar agudo en una gestante puede ser predictor de graves complicaciones, lo que nos obliga a una vigilancia intensa.

En nuestra paciente se tuvo que terminar la gestación mediante cesárea en la semana 26, debido a las graves complicaciones maternas.

PALABRAS CLAVE

Edema vulvar. Edema pulmonar. Preeclampsia severa. Complicaciones. Diabetes pregestacional.

ABSTRACT

We report the case of a pregnant woman with pregestational diabetes who developed severe preeclampsia in week 22 of pregnancy culminating in acute massive edema of the vulva and acute edema of the lung. A Medline search was performed to identify published studies related to

this topic. Acute vulvar edema in pregnancy can be predictive of serious complications and consequently intense monitoring is mandatory. In our patient, Cesarean delivery was performed at week 26, due to serious maternal complications.

KEY WORDS

Vulvar edema. Pulmonary edema. Severe preeclampsia. Complications. Pregnancy in diabetes.

INTRODUCCIÓN

Se describe el caso de una gestante diabética pregestacional, que en la semana 22 de gestación presenta una preeclampsia severa con edema masivo agudo de la vulva y edema agudo de pulmón.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 31 años, con antecedentes de diabetes mellitus de tipo 1 de inicio a los 11 años de edad, con retinopatía no proliferativa leve. Era primigesta, con mal control metabólico previo (hemoglobina glucosilada 10%). Su embarazo se seguía en las consultas de gestación de alto riesgo de nuestro hospital. Las ecografías eran concordantes y normales. Los perfiles glucémicos se normalizaron, aunque presentó hiperglucemias aisladas.

En la semana 23 de gestación comenzó con cifras de presión arterial (PA) levemente elevadas (140/95), por lo que se inició tratamiento con 250 mg/8 h de alfametildopa. En la semana 24 fue ingresada por cifras elevadas de PA (180/110), junto a edemas y proteinuria. Inicialmente se logró el control de la PA con un tratamiento combinado de alfametildopa e hidralazina. Posteriormente, requirió tratamiento con labetalol. Durante su ingreso la proteinuria alcanzó rangos nefróticos, los edemas aumentaron y se elevaron progresivamente los valores de fibrinógeno y dímeros D-D. Los valores de transaminasas se mantuvieron dentro de la normalidad.

En la semana 25 y 3 días apareció un edema vulvar masivo, seguido en unas horas de ortopnea y luego de disnea en reposo, por lo que se ingresó a la paciente en la unidad de cuidados intensivos, donde se la diagnosticó y trató de un edema agudo de pulmón y de un derrame pleural que precisó de toracocentesis.

En la semana 26 se decidió terminar la gestación mediante cesárea por interés materno; nació un feto mujer vivo, de 850 g. Después de la intervención se trasladó a la paciente de nuevo a la unidad de cuidados intensivos, donde precisó una nueva toracocentesis y presentó un nuevo episodio de ortopnea. Fue dada de alta hospitalaria a los 15 días del parto.

DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica encontramos sólo un caso publicado de gestante diabética, con pree-

clampsia, con un edema vulvar masivo¹. El mecanismo de producción del edema vulvar que refiere es la disminución de albúmina sérica y la consecuente disminución de la presión oncótica.

Otro factor etiológico posible del edema vulvar podría ser la insulino terapia, ya que requirió dosis altas para su control metabólico. Ninguna de estas dos condiciones se produjo en el caso que nos ocupa^{1,2}.

Otras posibles causas de edema vulvar son los traumas locales, las infecciones y las obstrucciones vasculares y linfáticas. Ninguna de ellas se pudo objetivar en nuestra paciente.

Sólo hemos encontrado unos pocos casos de edema vulvar posparto idiopático^{3,4}.

En los casos de edema vulvar agudo idiopático, diversos autores recomiendan su drenaje^{5,6}.

El edema pulmonar es una complicación conocida de la preeclampsia que afecta al 2,9% de los casos, y también es consecuencia de la reducción de la presión oncótica intravascular⁷⁻⁹. El 30% de los casos ocurre antes del parto^{7,8}. En estas pacientes se encuentran otras complicaciones asociadas: ascitis en el 20% de los casos, crisis hipertensivas en el 16,2%, coagulación intravascular diseminada en el 48,6%, abrupcio placentaria en el 32,4% de los casos, y otras menos frecuentes, como embolia pulmonar en el 5,4% o rotura hepática en el 5,4% de los casos⁸.

En conclusión, debemos estar alerta en los casos de edema vulvar masivo en gestantes de riesgo, ya que requieren un seguimiento cuidadoso, debido al probable riesgo de deterioro grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deren O, Bildirici I, Al A. Massive vulvar edema complicating a diabetic pregnancy. *EUR J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;93:209-11.
2. Hopkins DF, Cotton SJ, Williams G. Effective treatment of insulin-induced edema using ephedrine. *Diabetes Care.* 1993;16:1026-8.
3. Ewing TK, Smale LE, Elliott FA. Maternal death associated with postpartum vulvar edema. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;134:173-9.
4. Finkler NJ, Safon LE, Ryon KJ. Bilateral postpartum vulvar edema associated with maternal death. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156:188-9.
5. Bracero LA, Didomenico A. Massive vulvar edema complicating preeclampsia: a management dilemma. *J Perinatol.* 1991;11:122-5.
6. Radomanski T, Sikorski R, Baszok E. Vulvar edema in pregnancy. *Ginekol Pol.* 1998;69:1067-70.
7. Norwitz ER, Hsu CD, Repke JT. Acute complications of preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45:308-29.
8. Sibai BM, Mabie BC, Harvey CJ, González AR. Pulmonary edema in severe preeclampsia-eclampsia: analysis of thirty-seven consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156:1174-9.
9. Benedetti TH, Kates R, Willians V. Hemodynamic observations in severe preeclampsia complicated by pulmonary edema. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;152:330.