JOURNAL OF THE Selva Andina Research Society
Official Journal of the Selva Andina Research Society.

Reporte de Caso

ISSN 2072-9294 (print edition)
JSARS
ISSN 2072-9308 (online edition)

Hematoma vulvovaginal gigante y manejo quirúrgico posparto

Giant vulvovaginal hematoma and postpartum surgical management

Cárdenas Rodríguez Jorge Daniel[1], Aguirre Espinoza Leonardo Enrique[2], Espinosa Moya Julio Iván[2], Maldonado López José Luis[2], Vásconez Rivadeneira Augusto Rodrigo[2], Jaramillo Tandazo Mariuxi del Rocío[3], Gómez Rico Maitte Carolina[4], Calderón León María Fernanda[2*]

Datos del Artículo

[1] Ministerio de Salud Pública.
Hospital Universitario de Guayaquil.
km 23.5 de la Vía Perimetral.
Guayaquil, Ecuador.

[2] Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Dr Enrique Ortega Moreira.
kilómetro 2.5 de la vía Durán-Tambo.
Durán, Ecuador.

[3] Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Martin Icaza.
Av. Malecón 1400, entre las calles Ricaurte y Barreiro.
Babahoyo-Ecuador.

[4] Ministerio de Salud Pública.
Hospital Especializado Matilde Hidalgo de Procel.
Av. Olfa de Bucaram y 29 de mayo.
Guayaquil, Ecuador.

***Dirección de contacto**:

Ministerio de Salud Publica
Hospital General Enrique Ortega Moreira
kilómetro 2.5 de la vía Durán-Tambo
Ecuador
Tel: +593 98 236 5566.

María Fernanda Calderón León
E-mail address : dracalderonleon@hotmail.es

Palabras clave:

Hematoma puerperal,
hematoma vulvovaginal gigante,
hemorragia obstétrica,

J. Selva Andina Res. Soc.
2026; 17(2):129-136.

ID del artículo: 213/JSARS/2026

Historial del artículo

Recibido marzo 2026.
Devuelto junio 2026.
Aceptado junio 2026.
Disponible en línea, agosto 2026.

Editado por:
Selva Andina
Research Society

Keywords:

Puerperal hematoma,
giant vulvovaginal hematoma,
obstetric hemorrhage,
surgical management,
maternal morbidity.

Resumen

Paciente femenina de 31 años, procedente del Guayas y residente en Durán Eloy Alfaro, cursando su segundo embarazo de 40.3 semanas, ingresó por dolor tipo contráctil leve irradiado a región lumbar con tres días de evolución. A las 10 horas posparto presentó mareos, palidez y taquicardia (PA 110/60 mmHg, FC 114 lpm, FR 20 rpm, SpO_2 99 %, Temp 36.6 °C). Al examen físico se evidenció hematoma vulvovaginal gigante. La paciente refirió antecedente similar en su parto previo. Se trasladó al centro obstétrico para resolución quirúrgica. Se retiraron puntos de episiotomía y se procedió al drenaje del hematoma, evacuando aproximadamente 1000 cm^3 de coágulos. Posteriormente se exploró la cavidad vaginal, identificando vasos sangrantes que fueron ligados con hemostasia rigurosa. Se realizó rafia y reparación del piso pélvico por planos utilizando sutura cromada 0. La paciente evolucionó favorablemente tras la intervención. El diagnóstico oportuno de hematomas puerperales es esencial, ya que pueden ocasionar hemorragias ocultas y comprometer la estabilidad hemodinámica materna. Aunque muchos hematomas posparto son pequeños y autolimitados, la incidencia de hematomas vulvares o infralevadores puede alcanzar hasta el 50 % de las parturientas tras partos vaginales. Los hematomas grandes y disecantes, como el descrito, generan sangrado descontrolado y aumentan la morbilidad materna. El tratamiento depende del tamaño, la estabilidad clínica y los recursos disponibles; cuando el hematoma progresa o compromete la vitalidad materna, la evacuación quirúrgica con hemostasia y reparación tisular es mandatorio, pudiendo complementarse con embolización arterial en centros especializados.

2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. Todos los derechos reservados.

Abstract

A 31-year-old female patient, from Guayas and resident in Durán Eloy Alfaro, who was in her second pregnancy of 40.3 weeks, was admitted for mild contractile pain radiating to the lumbar region with three days of evolution. At 10 hours postpartum, she presented dizziness, paleness and tachycardia (BP 110/60 mmHg, HR 114 bpm, RR 20 rpm, SpO_2 99 %, Temp 36.6° C). Physical examination revealed a giant vulvovaginal hematoma. The patient reported a similar history in her previous delivery. She was transferred to the obstetric center for surgical resolution. Episiotomy stitches were removed and the hematoma was drained, evacuating approximately 1000 cm^3 of clots. Subsequently, the vaginal cavity was explored, identifying bleeding vessels that were ligated with rigorous hemostasis. Raffia and repair of the pelvic floor were performed using chrome suture 0. The patient evolved favorably after the intervention. Timely diagnosis of puerperal hematomas is essential, as they can cause occult bleeding and compromise maternal hemodynamic stability. Although many postpartum hematomas are small and self-limiting, the incidence of vulvar hematomas or underlevants can reach up to 50 % of parturient after vaginal delivery. Large and dissecting bruises, such as the one described, generate uncontrolled bleeding and increase maternal morbidity. Treatment depends on size, clinical stability, and available resources; When the hematoma progresses or compromises maternal vitality, surgical evacuation with hemostasis and tissue repair is mandatory, and may be complemented with arterial embolization in specialized centers.

2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. All rights reserved.

Introducción

Los hematomas puerperales se producen por acumulación de sangre en el tejido conectivo próximo a la vagina, cérvix o parametrio, generalmente asociados a lesiones vasculares venosas o arteriales. Constituyen una causa relevante de hemorragia obstétrica, principal causa evitable de muerte materna directa, responsable de alrededor del 27.1 % de los casos[1,2]. La arteria pudenda es la principal fuente de irrigación de la vulva, y la incidencia de hematomas vulvares en la población obstétrica se estima entre 1 por cada 300 a 1000 partos[3]. La prevalencia de hemorragia posparto varía según la región: 7.2 % en Oceanía, 8 % en Latinoamérica y hasta 25.7 % en África, con una mortalidad materna por hemorragia posparto cercana al 21 % en Latinoamérica[2].

Los factores de riesgo incluyen parto instrumental o traumático, episiotomía, desgarros, primiparidad, embarazo gemelar y venas varicosas vulvovaginales; otros discutidos son segunda etapa prolongada, macrosomía, preeclampsia y coagulopatías[1]. Las causas traumáticas, incluidas las laceraciones vaginales y cervicales, contribuyen de forma significativa en la pérdida de sangre después del parto, por lo que la evaluación y el manejo oportuno son esenciales para prevenir complicaciones[4]. Los síntomas son inespecíficos, desde dolor abdominal o perineal hasta retención urinaria o shock hipovolémico[1]. El tiempo medio de detección es de 6 h posparto, siendo el dolor el signo más frecuente dentro de las primeras 24 h. Un estudio retrospectivo reportó que el 46.2 % de los hematomas puerperales se asociaron con dolor intenso y el 61.5 % se detectaron dentro de las 2 h posteriores al parto, predominando en el lado derecho[3].

Los hematomas se clasifican en vulvares, vaginales, vulvovaginales y subperitoneales, con distinta extensión según su relación con el músculo elevador del ano[1]. En casos excepcionales, los pseudoaneurismas pueden originar hematomas localizados con riesgo de ruptura y hemorragia arterial grave, diagnosticables mediante ecografía, tomografía o angiografía[1,5]. El tratamiento depende del tamaño y estabilidad hemodinámica: el uso de ácido tranexámico dentro de las primeras 3 h posparto se recomienda en todos los casos de hemorragia[2,6]. Los hematomas pequeños (<5 cm) pueden manejarse de forma conservadora, mientras que los grandes requieren evacuación quirúrgica, hemostasia y reparación tisular, con posibilidad de embolización selectiva[7]. La fisioterapia posnatal, enfocada en el fortalecimiento del suelo pélvico, es recomendable en todas las pacientes tras parto vaginal [8].

El objetivo fue presentar un caso clínico de hematoma vulvovaginal gigante posparto y describir su abordaje clínico-quirúrgico, resaltando la importancia del diagnóstico precoz y el manejo oportuno para reducir la morbilidad materna.

Presentación del caso

Paciente femenino de 31 años, procedente del Guayas y residente de Duran Eloy Alfaro, acude cursando su segundo embarazo de 40.3 semanas, por referir dolor tipo contráctil de leve intensidad que se irradia a región lumbar de aproximadamente 3 días de evolución.

Antecedentes personales, alergias (al polvo) /clínicos: no refiere. / ginecológicos: gestas: 1 parto 1, periodo intergenésico 11 años, fecha de ultima menstruación 17/04/2025 menarquía: 16 años. Inicio de vida sexual a los 19 años, no refiere infecciones de transmisión sexual, controles prenatales en el Centro de Salud (8 controles) no usaba ningún método anti-

conceptivo, no refiere antecedentes quirúrgicos, no refiere / familiares no refiere.

Signos vitales, presión arterial 110/67 mmHg, Pulso: 85 lpm, Frecuencia respiratoria 20 rpm SpO_2 98 % peso 61 kg, talla 150 cm, Glasgow inicial ocular (4) 4 verbal (5) 5 motora (6) 6 reacción pupilar normal, llenado capilar 0.2.

Examen físico, Neurológico: sin déficit, normocéfalo, cuello: simétrico sin adenopatías, tórax: simétrico, abdomen: útero grávido ocupado por único feto vivo cefálico, dorso derecho frecuencia cardiaca fetal: 145 x min, altura uterina: 36 cm, dinamia: 2/10 +++ región genital: al tacto vaginal: cérvix localización central, dilatación 5 cm borramiento 50 % plano 1 membranas integras pelvis probada. miembros inferiores: simétricos no edema. Rastreo ecográfico: producto único vivo cefálico dorso derecho DPB 9, 4 HC 33, 8 AC 34 FL 7, 3 ILA de 9 cm^3 FCF 140 placenta posterior grado III peso 3400 g edad gestacional 39 SG.

Laboratorios al ingreso, leucocitos 4.40 $10^3/\mu L$, hemoglobina 12.90 g dL^{-1}, hematocrito 41.00 %, grupo sanguíneo O Rh positivo, HIV 4ta generación no reactivo, sífilis negativa, hepatitis B negativo. Examen de orina infeccioso.

Diagnóstico, 1) Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice. 2) Infección de las vías urinarias en el embarazo.

Plan, monitoreo fetal electrónico, pase a centro obstétrico para manejo de trabajo de parto. Paciente en sala de preparto con diagnóstico de embarazo de 40 SG por eco más trabajo de parto fase activa más periodo intergenésico largo. Paciente refiere dolor tipo cólico en región de hipogastrio con irradiación lumbar, niega otros síntomas. Signos vitales PA: 122/78, FC: 76, FR 19 T: 36 SpO_2 99 % alerta respirando al aire ambiente, gasto urinario no cuantificable MAMA Score 0, Glasgow 15/15. Abdomen: gestante ocupada por producto único vivo cefálico izquierdo frecuencia cardiaca fetal 148 lpm, movimientos fetales presentes, dinamia uterina 3/10, al tacto vaginal cérvix borrado 80-90 % dilatado 8 cm, se rompen espontáneamente membranas amnióticas con salida de líquido claro con grumos. Monitoreo fetal categoría 1. Se espera parto vaginal. plan: evolución espontanea.

Nota de parto, presentando dilatación de 10 cm con 100 porciento de borramiento en periodo expulsivo bajo normas de asepsia y antisepsia, previa colocación de campos estériles se atiende parto único espontaneo se obtiene RN sexo mujer, llanto al nacer, clampeo oportuno del cordón umbilical, apego precoz, Apgar 8/9, peso: 3310 g, talla: 49 cm, perímetro cefálico: 34 cm, Capurro 39 SG, se realiza manejo activo de tercera etapa del trabajo de parto, se extrae placenta completa con desprendimiento tipo Schultz, se revisa cavidad vaginal, no se evidencian laceraciones, se observa desgarro para uretral derecho, y en región vulvoperineal se repara con cromado 2.0, se comprueba tono uterino, útero contraído, sangrado aproximado 200 mL. Paciente y neonato pasan a recuperación sin novedad. signos vitales PA: 128/76, FC: 81, FR: 20, T: 36.2, SpO_2 99 %, estado de conciencia alerta, respirando al aire ambiente, gasto urinario no cuantificable MAMA Score 0, Glasgow 15/15 plan: biometría de control posparto.

Indicaciones, dieta general hiperproteica, cuidados de enfermería, control de signos vitales y MAMA Score cada 15 min por 2 h, control de involución uterina y loquios cada 15 min por 2 h, apego precoz y alojamiento conjunto, asesoría en planificación familiar, lactancia materna exclusiva, oxitocina 10 UI intramuscular STAT para manejo activo de la tercera etapa del parto. Medicación: cloruro de sodio al 0.9 % 1000 mL más 20 UI IV a 90 mL/h terminar y retirar, paracetamol 1 g VO/8 h, cefazolina 1 g IV/6 h, biometría de control potparto, comunicar novedades.

*Nota de evolución, p*aciente cursa 3 h de evolución de puerperio fisiológico inmediato por parto único

espontaneo. Al momento paciente no refiere ninguna sintomatología de origen clínico, niega sintomatología de origen neurológico. Signos vitales PA: 124/82, FC: 78, FR: 20, T: 36,2, SpO_2 99 % alerta, respirando al aire ambiente, gasto urinario no cuantificable MAMA Score 0, Glasgow 15/15. orientada en tiempo espacio y colabora con el interrogatorio. Al examen físico fascies normal, mucosas orales semi húmedas, mamas secretantes de leche no dolorosas, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación profunda útero contraído localización infraumbilical. Genitales: loquios escasos, rafia sin signos inflamatorios. Extremidades inferiores no edema. Plan: pase a piso de hospitalización.

Área de hospitalización, paciente que cursa 4 h de puerperio al momento afebril, consciente, orientada, no refiere sintomatología de origen clínico; signos vitales: PA 126/70 FC 78 FR 20 SpO_2 99 % Temp 36.6º C estado de conciencia alerta, proteinuria negativa, oxigeno ambiente, gasto urinario no valorable; MAMA Score 0. En el examen físico: mucosas húmedas, cabeza normocéfalo; cuello simétrico, sin adenopatías; tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, útero contraído; región genital, loquios escasos; extremidades simétricas, sin edemas. plan: deambulación espontanea asistida + recabar resultados de biometría de control.

A las 10 h posparto paciente refiere mareos y luce pálida, signos vitales: PA 110/60 FC 114 FR 20 SpO_2 99 % Temp 36.6º C, se revisa a paciente y presenta hematoma gigante de vagina, paciente refiere que en su parto anterior le sucedió lo mismo presento un hematoma vaginal posparto.

Paciente pasa a centro obstétrico para resolución de cuadro clínico actual.

Nota posquirúrgica, asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, colocación de sonda vesical, diuresis conservada, se evidencia hematoma gigante de pared vaginal derecha, se procede a retiro de puntos y drenaje de hematoma (1000 cm^3 aproximadamente de coágulos). Se revisa cavidad vaginal y se efectúa primero ligadura de vasos sanguíneos sangrantes con hemostasia rigurosa posteriormente se inicia rafia y reparación de piso pélvico por planos con sutura cromado 0, se culmina el procedimiento sin novedad, paciente pasa a sala de recuperación despierta y en condiciones estable, por presentar signos clínicos de anemia aguda post hemorrágica se transfundió una unidad de glóbulos rojos concentrados en el transquirúrgico.

Indicaciones, control de signos vitales, cuidados de enfermería, control de diuresis, hielo local a nivel vulvovaginal, cloruro de sodio 0.9 % 1000 mL IV 30 gotas por min, cefazolina 1 g IV/6 h, ácido tranexámico 1 g IV/8 h por 24 h, ketorolaco 60 mg IV/8 h, biometría de control post transfusional, comunicar novedades.

15 h posterior a permanecer en el área de recuperación en condiciones clínicas estables con evolución favorable paciente pasa al área de hospitalización con diagnóstico de: parto único espontaneo + post quirúrgico inmediato por drenaje de hematoma vulvovaginal, hemodinámicamente estable niega sintomatología neurológica. Signos vitales PA: 90/60 FC: 76 FR: 20, SpO_2 98 % Temp 36.5º C, alerta, respirando al aire ambiente, sin sonda vesical, MAMA Score 0, al examen físico paciente orientada en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15 cabeza: normocéfalo. mucosas orales semi húmedas. Tórax: simétrico: expansibilidad conservada. cardiopulmonar sin patología aparente abdomen: útero tónico, por debajo de ombligo. región genital: edema en labio mayor derecho (se indica aplicar hielo local) loquios escasos. diuresis clara, miembros inferiores: simétricos, funcionales, no edemas laboratorio: post transfusional: leucocitos 9.90, hemoglobina * 10.65 hematocrito * 32.00

%, tiempo de tromboplastina (TTP) 42.1, urea 11.92 TGO (AST) 22.30 TGP (ALT) 9.09. Plan: biometría de control + hielo local a nivel vulvovaginal + cumplir horas para posible alta médica.

Indicaciones, control de signos vitales, cuidados de enfermería, hielo local a nivel vulvar, cloruro de sodio 0.9 % 1000 mL IV a 42 mL/h, cefazolina 1 g IV/6 h, ácido tranexámico 1 g IV/8 h por 24 h, ketorolaco 60 mg IV/8 h comunicar novedades.

A las 48 h posterior al procedimiento (drenaje de hematoma), paciente refiere sentirse tranquila, niega sintomatología neurológica , por lo que, se indica alta médica con referencia inversa a centro de salud para seguimiento signos vitales: PA: 110/69 mmhg FC: 78 lpm FR: 20 rpm, Temp 36.1º C, SpO_2 98 %, estado de conciencia: alerta, respirando al aire ambiente, MAMÁ Score 0 , examen físico: paciente lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15 al examen físico: mucosas húmedas. cuello: simétrico, no adenopatías. tórax: simétrico, mamas turgentes secretantes de leche materna. campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen: blando, depresible, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, región genital: loquios escasos, no fétidos, no se evidencia sangrado transvaginal, se evidencia edema vulvar, al momento paciente refiere leve dolor en región, se mantiene con hielo local diuresis: conservada. Extremidades inferiores: simétricas, no edema, laboratorio: a las 24 h posterior a drenaje de hematoma más transfusión sanguínea de una unidad de glóbulos rojos concentrados. leucocitos * 12.04 neutrófilos % * 84.70 linfocitos% * 7.3 hematíes * 3.64 hemoglobina * 10.40 hematocrito * 32.50 plaquetas 253; plan: alta médica + cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 h por 7 días + diclofenaco 50 mg/12 h por 3 días, hierro + ácido fólico 460 µg una tableta cada día por 30 días.



Figura 1 Se observa hematoma vulvovaginal gigante que mide 11 cm x 9 cm posterior a parto único espontaneo hace 10 horas



Figura 2 Post drenaje de hematoma (1000 cm^3 aproximadamente). ligadura de vasos sanguíneos sangrantes, rafia y reparación de piso pélvico por planos con sutura absorbente cromado 0, puntos discontinuos, se observa presencia de catéter vesical en imagen con diuresis conservada

Discusión

Los hematomas vulvares, aunque frecuentes en la práctica obstétrica, pueden evolucionar rápidamente hacia una condición potencialmente mortal si no se diagnostican y tratan de manera oportuna. El manejo depende del estado clínico de la paciente y de los re-

cursos disponibles en el centro médico, pudiendo incluir tratamiento conservador, evacuación quirúrgica o técnicas de oclusión vascular.

El ácido tranexámico constituye un pilar en el control de la hemorragia posparto. Su vía estándar es la intravenosa; sin embargo, estudios recientes han explorado la aplicación tópica directa en laceraciones vaginales, con eficacia comparable con menor riesgo de efectos sistémicos. En un ensayo realizado en Turquía con 161 mujeres entre 20 y 35 años, se observó que la aplicación tópica puede ser una alternativa viable en casos seleccionados[4].

La literatura describe casos complejos, como el de una mujer japonesa de 37 años con hematoma vulvar izquierdo drenado quirúrgicamente tras cesárea, con pérdida sanguínea cercana a 3000 mL y evolución posterior hacia síndrome de Sheehan confirmado por resonancia magnética[9]. Otro reporte refiere a una paciente de 35 años con masa vulvar dolorosa de 4-5 cm, tratada mediante drenaje y sutura con Monocryl, con resolución completa al mes[3]. Estos ejemplos evidencian la variabilidad clínica y la necesidad de individualizar el manejo.

Los hematomas vulvovaginales pueden aparecer en las primeras horas posparto o ser confundidos inicialmente con edema vulvar, retrasando el diagnóstico[7]. Su incidencia puede alcanzar hasta el 50 % de las parturientas tras partos vaginales[7]. Los hematomas pequeños (<5 cm) suelen resolverse espontáneamente con manejo conservador, mientras que los mayores requieren evacuación quirúrgica, ligadura de vasos y colocación de drenajes. En casos refractarios, la embolización arterial selectiva ha demostrado reducir la necesidad de transfusiones y mejorar el control del sangrado[7,10].

La reparación quirúrgica temprana de desgarros perineales puede incrementar la morbilidad materna a corto plazo[11], pero en hematomas mayores de 5 cm sigue siendo la técnica de elección. Además, el puerperio se asocia con disfunciones del suelo pélvico, como incontinencia urinaria o fecal, atrofia vaginal y dispareunia, que impactan la calidad de vida y requieren seguimiento integral[12,13].

Finalmente, se destaca un caso de hematoma para rectal extenso diagnosticado mediante tomografía y tratado con embolización selectiva, subrayando la importancia del seguimiento clínico y radiológico en pacientes con hematomas vulvovaginales gigantes[14].

Conclusión

El hematoma vulvovaginal posparto constituye una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, capaz de comprometer la estabilidad hemodinámica materna y aumentar la morbilidad si no se diagnostica y trata oportunamente. El caso presentado evidencia la importancia de la vigilancia clínica estrecha en el puerperio inmediato, ya que los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos y el sangrado oculto pasar inadvertido. El manejo quirúrgico con drenaje, hemostasia rigurosa y reparación por planos, complementado con soporte transfusional y antifibrinolíticos como el ácido tranexámico, permitió una evolución favorable. La literatura confirma que los hematomas mayores de 5 cm requieren intervención quirúrgica, mientras que los pequeños pueden resolverse con tratamiento conservador. En todos los escenarios, el diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinario son fundamentales para preservar la salud materna y reducir complicaciones a corto y largo plazo.

Fuente de financiamiento

La investigación se realizó con financiamiento de los autores

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a los directivos del Hospital General Enrique Ortega Moreira por permitirnos el acceso a la historia clínica para completar la investigación y publicación de caso clínico.

Consideraciones éticas

Para la presente publicación se solicitó autorización de la paciente mediante firma de consentimiento informado, en la presente descripción de caso no se coloca identificación de paciente ni tampoco fotos de su rostro.

Limitaciones en la investigación

Existen pocos casos descritos en la literatura y no existe un tratamiento estándar definido.

Perspectivas futuras

Se requiere hacer más investigaciones para determinar todas las consecuencias que se pueden suscitar posterior a un hematoma vulvovaginal gigante.

Permisos para la publicación

Se adjunta documento firmado por paciente donde autoriza la publicación del caso clínico.

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores en el articulo

Los autores declaran haber contribuido en la idea original (*Jorge Cárdenas*), diseño de la investigación (*Leonardo Espinoza*), recolección de datos (*Julio Espinoza, José Maldonado, Augusto Vasconez*), análisis de datos (*María Calderón, Mariuxi Jaramillo*), redacción del borrador y redacción del artículo (*María Calderón, Carolina Gómez, Jorge Cárdenas, Leonardo Espinoza, Mariuxi Jaramillo, Julio Espinoza, José Maldonado, Augusto Vasconez*).

Uso de inteligencia artificial

Damos por sentado que todo el documento fue redactado en base a los criterios éticos y profesionales, y no se utilizó la IA para realizar las imágenes o texto.

Literatura citada

1. Godoy C, Guzzo V, Viroga S. Hematoma espontáneo del ligamento ancho luego de un parto vaginal normal: Reporte de caso. Anfamed 2020;7(2): e401. DOI: https://doi.org/10.25184/anfamed2020v7n2a5
2. Briones Garduño JC. Progresos en el control de la hemorragia posparto: una revisión semisistemática. Ginecol Obstet Méx 2025;93(4):152-63. DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v93i4.156
3. Winkelman J, Murphy K, Booth C. Delayed presentation of a non-resorbing postpartum vulvar hematoma: A case report. Case Rep Womens Health 2023;38:e00518. DOI: https://doi.org/10.1016/j.crwh.2023.e00518. PMID: 37440765; PM CID: PMC10334312.
4. Tammo O, Uysal E. Effectiveness of tranexamic acid in intervening postpartum vaginal lacerations. BMC Pregnancy Childbirth 2025;26(1):153. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-025-08584-y. PMID: 41398944; PMCID: PMC12895576.
5. Banh S, Keating S. Labial artery pseudoaneurysm following preterm vaginal delivery treated with ultrasound-guided thrombin injection: A case report. Case Rep Womens Health 2023;39:e00546. DOI:

https://doi.org/10.1016/j.crwh.2023.e00546. Erratum in: Case Rep Womens Health 2025;47: e00712. DOI: https://doi.org/10.1016/j.crwh.2025.e00712. PMID: 37781449; PMCID: PMC10539851.

6. Saldarriaga Gil W, editor, Fonseca Pérez JE, Canaval Erazo HO. Parto. Como diría el obstetra [Internet]. Cali: Universidad del Valle; 2022. 24 p. DOI: https://doi.org/10.25100/peu.7617-23-0
7. Tseng JY, Lin IC, Lin JH, Chang CM, Chao WT, Wang PH. Optimal approach for management of postpartum vulva hematoma: Report of three cases. Taiwan J Obstet Gynecol 2020;59(5):780-3. DOI: https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.07.030. PMID: 32917338.
8. Iliaens M, Van Elslander E, Baert E, Bauters E, Becu L, de Landsheere L, et al. Clinical guidance paper VVOG-CRGOLFB prevention and management of obstetrical perineal trauma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X 2025;27:100416. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eurox.2025.100416. PMID: 40852404; PMCID: PMC12369434.
9. Saito W, Ota K, Takahashi T, Sugihara M, Matsuyama T, Ota Y, et al. Acute Sheehan syndrome following massive postpartum hemorrhage due to vulvar hematoma. AJOG Glob Rep 2024;4(4): 100399. DOI: https://doi.org/10.1016/j.xagr.2024.100399. PMID: 39429743; PMCID: PMC11490824.
10. Takahashi T, Tomita H, Hamada H, Tadakawa M, Iwama N, Saito M. Transcatheter arterial embolization outperforms surgery in reducing blood transfusions for postpartum vulvovaginal hematoma. Am J Obstet Gynecol 2024;231(6):653.e1-653.e8. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.03.016. PMID: 38518850.
11. Rotem R, Sela HY, Reichman O, Weintraub AY, Grisaru-Granovsky S, Rottenstreich M. Re-suturing of puerperal perineal wound: An assessment of indications, risk factors and outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020;251:42-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.028. PMID: 32480179.
12. Waheed A, Taithongchai A, Robinson D. The use of topical vaginal estrogens in postpartum women: A systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2026;105(7):1405-14. DOI: https://doi.org/10.1111/aogs.70241
13. Porritt LMM, Zimmer-Gembeck MJ, Green HJ, Edwards EJ. Psychosocial factors related to women's persistent or recurrent vulvovaginal pain: a systematic review and suggestions for future research. Psychol Health 2026:1-29. DOI: https://doi.org/10.1080/08870446.2025.2607708. PMID: 41477693.
14. Oliveira M, Costa NV, Alves O. Pararretal hematoma after delivery. Acta Obstet Ginecol Port 2019;13(3):192-3.

Nota del Editor:
Journal of the Selva Andina Research Society (JSARS) **se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales publicados en mapas y afiliaciones institucionales, y todas las afirmaciones expresadas en este artículo pertenecen únicamente a los autores, y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, o las del editor, editores y revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo o reclamo que pueda hacer su fabricante no está garantizado ni respaldado por el editor.**