

Edema vulvar agudo como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico en el segundo trimestre del embarazo

Severe vulvar edema as a first manifestation of systemic lupus erythematosus in the second trimester of pregnancy.

Alejandra Anahí Carlos Chávez,¹ Viridiana Judith Martínez Gutiérrez,¹ Tatiana Alejandra Rodríguez Rodríguez,² Sofia Isabel Carrillo Aguilar³

¹ Médica residente de Ginecología y Obstetricia.

² Médica adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Jefa del Departamento de Enseñanza e Investigación.

Hospital de la Mujer Zacatecana, Zacatecas.

Resumen

ANTECEDENTES: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica con una prevalencia estimada en México de 20 a 90 casos por cada 100,000 habitantes, afecta predominantemente a mujeres en edad reproductiva. En la población latina suele manifestarse con un fenotipo más agresivo, caracterizado por una aparición temprana de nefritis lúpica y un mayor índice de daño orgánico acumulado en comparación con otras etnias. En estas pacientes el embarazo se considera de alto riesgo debido a que sus cambios inmunológicos, específicamente el de la respuesta Th1 a Th2, pueden desencadenar brotes de actividad en el 40 a 60% de los casos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años con 27.3 semanas de gestación, quien ingresó por edema vulvar agudo (+++), doloroso e incapacitante. Se identificaron eritema malar, úlcera oral y proteinuria. Los estudios inmunológicos reportaron hipocomplementemia (C3: 12 mg/dL, C4: 5 mg/dL), ANA (1:160), anti-ADN y anti-Sm positivos. En este escenario clínico, la paciente cumplía con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019⁹ en un contexto compatible con lupus eritematoso sistémico. Fue tratada con prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina, con desaparición del edema. El embarazo finalizó satisfactoriamente por parto eutócico a las 36.3 semanas, con un recién nacido sano de 2800 g.

CONCLUSIONES: El edema vulvar masivo puede constituir una manifestación inicial de actividad lúpica durante la gestación. Ante un cuadro de edema genital incapacitante asociado con datos mucocutáneos, proteinuria o alteraciones inmunológicas, el diagnóstico diferencial con preeclampsia es decisivo para iniciar oportunamente el tratamiento inmunomodulador y mejorar el pronóstico materno-fetal.

PALABRAS CLAVE: Lupus eritematoso sistémico; embarazo; edema vulvar; nefritis lúpica; preeclampsia.

Abstract

BACKGROUND: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a multisystem autoimmune disease with an estimated prevalence in Mexico of 20–90 cases per 100,000 inhabitants; it predominantly affects women of reproductive age. In Latin American populations, SLE is typically associated with a more aggressive phenotype, characterized by earlier onset of lupus nephritis and a higher burden of cumulative organ damage compared with other ethnic groups. Pregnancy is considered high risk in these pa-

Correspondencia

Alejandra Anahí Carlos Chávez
alejandraanahicarloschavez@gmail.com

ORCID

<https://orcid.org/0009-0004-9721-0262>

<https://orcid.org/0009-0004-9757-0655>

<https://orcid.org/0009-0000-2771-8205>

<https://orcid.org/0009-0008-9514-8580>

Recibido: marzo 2026

Aceptado: mayo 2026

Este artículo debe citarse como: Carlos-Chávez AA, Martínez-Gutiérrez VJ, Rodríguez-Rodríguez TA, Carrillo-Aguilar SI. Edema vulvar agudo como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico en el segundo trimestre del embarazo. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11071.

tients because immunological changes—particularly the shift from a Th1- to a Th2-dominant response—may precipitate disease flares in 40–60% of cases.

CLINICAL CASE: A 22-year-old pregnant patient at 27.3 weeks of gestation was admitted with acute, painful, and disabling vulvar edema. Malar erythema, an oral ulcer, and proteinuria were documented. Immunological testing revealed hypocomplementemia (C3: 12 mg/dL; C4: 5 mg/dL), antinuclear antibodies (ANA) at a titer of 1:160, and positive anti-double-stranded DNA and anti-Sm antibodies. In this clinical context, the patient fulfilled the 2019 ACR/EULAR classification criteria for systemic lupus erythematosus. Treatment with prednisone, azathioprine, and hydroxychloroquine led to complete resolution of the edema. The pregnancy was successfully completed with delivery at 36.3 weeks of gestation, resulting in a healthy newborn weighing 2,800 g.

CONCLUSIONS: Massive vulvar edema may represent an initial manifestation of lupus activity during pregnancy. In cases of disabling genital edema associated with mucocutaneous findings, proteinuria, or immunological abnormalities, differentiation from pre-eclampsia is essential to ensure the timely initiation of immunomodulatory therapy and to improve maternal and fetal outcomes.

KEYWORDS: Systemic lupus erythematosus; Pregnancy; Vulvar edema; Lupus nephritis; Pre-eclampsia.

ANTECEDENTES

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica con una prevalencia estimada en México de 20 a 90 casos por cada 100,000 habitantes; afecta sobre todo a mujeres en edad reproductiva.¹ En la población latina, el lupus eritematoso sistémico suele tener un fenotipo más agresivo, caracterizado por una aparición temprana de nefritis lúpica y un mayor índice de daño orgánico acumulado en comparación con otras etnias.² La gestación en estas pacientes se considera de alto riesgo debido a que los cambios inmunológicos del embarazo, específicamente el de la respuesta Th1 a Th2, pueden desencadenar brotes de actividad en el 40 a 60% de los casos.³

La actividad lúpica durante el segundo y tercer trimestre se asocia directamente con resultados adversos graves: restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino y pérdida fetal.⁴ Entre las manifestaciones clínicas, el edema vulvar masivo gestacional representa una complicación obstétrica infrecuente y angustiante. Desde el punto de vista fisiopatológico se ha relacionado con alteración del drenaje linfático, hipoalbuminemia y trastornos hipertensivos.⁵ El signo cardinal de brote lúpico inicial representa un desafío diagnóstico.

La bibliografía actual subraya la dificultad de diferenciar la nefritis lúpica de la preeclampsia porque ambas afecciones convergen en proteinuria, edema y disfunción endotelial; por ello, la presión arterial, el sedimento urinario, el ácido úrico, las fracciones del complemento y los anticuerpos anti-ADN son variables útiles para orientar el diagnóstico diferencial.^{6,17,18} Mientras que la preeclampsia requiere la interrupción del embarazo para su resolución definitiva, el lupus eritematoso sistémico demanda tratamiento inmunomodulador dirigido a controlar la actividad de la enfermedad y preservar la función renal de la madre, cuando la condición obstétrica permite prolongar la gestación.^{7,15,17,16,18}

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años, con antecedente de dos embarazos, un parto y en curso de las 27.3 semanas de gestación determinadas en el ultrasonido del primer trimestre. Acudió a la unidad de urgencias obstétricas debido a un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por edema vulvar masivo, súbito y progresivo, acompañado de dolor local de gran intensidad que condicionaba la incapacidad total para la

deambulación. A la inspección física los labios mayores se observaron con edema +++ (**Figura 1**), de consistencia tensa y dolorosos a la palpación, con ausencia de hipertermia e hiperemia local. Se practicó una punción dérmica diagnóstica de la que se obtuvo un líquido de características citrinas, compatible con trasudado que sugirió un origen por alteración en las presiones hidrostática u oncótica, mas que un proceso exudativo inflamatorio local.

Durante la estancia hospitalaria el cuadro se tornó más complejo. A pesar de la aplicación de medidas locales (hielo) y una dosis de prueba de diurético de asa (furosemina 20 mg), el edema genital no mostró regresión (**Figura 2**), lo que sugirió que el mecanismo fisiopatológico no era una simple estasis venosa gestacional.

El interrogatorio dirigido reveló antecedentes que pasaron inicialmente inadvertidos: edema en las extremidades inferiores de tres semanas de evolución y lesiones cutáneas fotosensibles coexistentes desde la semana 12 (**Figura 3**). En una exploración física exhaustiva se documentó el eritema malar (**Figura 4**), edema palpebral y una úlcera en el paladar duro de 1 x 0.5 cm (**Figura 5**). Estos hallazgos reorientaron el caso de un problema local a una reacción inflamatoria sistémica.

Los estudios de laboratorio iniciales reportaron proteinuria (0.75 g/24h) y anemia leve (Hb 10 g/dL).



Figura 1. Edema vulvar agudo, bilateral y simétrico con afectación predominante de los labios mayores. La piel con una pérdida de los pliegues cutáneos normales con apariencia tensa y brillante. No se aprecian lesiones ulcerosas, verrugosas ni signos francos de procesos infecciosos locales agudos.



Figura 2. Region Vulvar: Edema genital sin regresión al tratamiento médico inicial.



Figura 3. Extremidad Superior: Presencia de múltiples lesiones discoideas y pápulas eritemato-violáceas, algunas con centro atrófico y bordes hiperpigmentados. Se observan áreas de hipopigmentación post-inflamatoria y cicatrices residuales, sugerentes de actividad cutánea crónica o subaguda de una collagenopatía.



Figura 4. Eritema malar característico en "alas de mariposa", con afectación de ambas mejillas y el puente nasal, respetando los surcos nasogenianos. Se acompaña de hiperpigmentación difusa en frente y mentón, así como edema leve bupalpebral.



Figura 5. Cavity Oral: En el paladar duro se observa una lesión ulcerosa única, eritematosa, de bordes irregulares pero bien definidos, poco profunda y no supurativa. Este hallazgo es altamente sugestivo de una manifestación de actividad de Lupus Eritematoso Sistémico.

Ante la tríada de embarazo, proteinuria y edema, la sospecha primaria fue preeclampsia; no obstante, durante toda la estancia la paciente permaneció con tensión arterial, perfil hepático y de coagulación en límites de normalidad. El punto de quiebre en el proceso diagnóstico ocurrió con el perfil inmunológico, que reportó hipocomplementemia aguda (C3: 12 mg/dL, C4: 5 mg/dL) y positividad para anti-ADN y anti-Sm.

En este escenario, la paciente cumplía con los criterios de clasificación para lupus eritematoso sistémico de la ACR/EULAR 2019, con 23 puntos acumulados (que superan ampliamente el umbral de corte mayor de 10 puntos) en un contexto clínico compatible con la enfermedad.⁹

El desglose detallado de los dominios y la puntuación asignada se exponen en el **Cuadro 1**, donde se fundamenta la clasificación fenotípica, sin sustituir el juicio clínico individualizado.⁹

El inicio del tratamiento inmunosupresor específico (prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina) resultó en la disminución progresiva del edema genital (**Figura 6**), y confirmó la causa autoinmunitaria del cuadro. La paciente continuó con seguimiento multidisciplinario. A las 36.3 semanas inició con trabajo de parto pretérmino espontáneo en fase expulsiva, con obtención de un recién nacido masculino de 2800 g, Apgar 9/9. El puerperio transcurrió sin complicaciones y sin datos de exacerbación lúpica.

Para dar cumplimiento a las directrices de reporte internacional CARE, se reporta la evolución cronológica detallada, la perspectiva de la paciente y el plan de seguimiento integral obligatorio a largo plazo.¹⁰ **Cuadro 2**

DISCUSIÓN

La aparición de edema vulvar masivo durante el segundo trimestre del embarazo obliga a considerar un espectro amplio de posibles afecciones que van desde trastornos mecánicos hasta enfermedades autoinmunitarias sistémicas. En este caso, la evolución clínica de la paciente y la positividad de los marcadores serológicos apoyaron la interpretación

Cuadro 1. Clasificación fenotípica de la paciente según los Criterios EULAR/ACR 2019.9

Crterios	Resultado de la paciente	Puntos
Anticuerpos antinucleares (ANA)	Positivos (título 1:160)	<i>Requisito cumplido</i>
Dominios clínicos	Manifestación específica	Puntaje
Mucocutáneo	Eritema malar activo	6 puntos
Mucocutáneo	Úlcera oral en paladar duro	2 puntos
Hematológico	Anemia leve (Hb 10 g/dL)	2 puntos
Renal	Proteinuria (0.75 g/24h)	4 puntos
Dominios inmunológicos	Manifestación específica	Puntos
Inmunología específica de LES	Anticuerpos Anti-Sm positivos	6 puntos
Complemento	Hipocomplementemia aguda (C3 y C4 bajos)	3 puntos
Puntuación total		23 puntos

**Figura 6.** Evolución clínica post-tratamiento. Se observa la resolución del edema vulvar masivo tras la terapia inmunosupresora. Nótese la restauración de los pliegues labiales normales y la ausencia de lesiones dérmicas secundarias. El componente inflamatorio cedió satisfactoriamente.

de que el edema vulvar representó la manifestación inicial predominante de actividad lúpica sistémica.

Si bien hasta el 30% de los casos de lupus eritematoso sistémico pueden iniciar durante el embarazo, su diagnóstico suele retrasarse por la superposición con los cambios fisiológicos propios de la gestación.¹¹

Desde el punto de vista fisiopatológico, el edema en el lupus eritematoso sistémico puede explicarse por mecanismos inflamatorios sistémicos, daño endotelial y alteraciones de la barrera vascular mediados por citocinas e inmunocomplejos.^{12,13} En la paciente del caso, la hipocomplementemia marcada (C3 y C4 disminuidos) y la positividad de anti-ADN respaldan la activación de la vía clásica del complemento como parte del mecanismo inflamatorio sistémico.¹³ El territorio vulvar, por su tejido conectivo laxo, su vascularización y su susceptibilidad a cambios hidrostáticos, oncosmóticos y linfáticos durante la gestación, puede manifestar edema de forma llamativa.^{5,8}

Cuadro 2. Línea del tiempo y cronología clínica (perspectiva de la Guía CARE).¹⁰

Temporalidad	Evolución clínica y abordaje médico	Perspectiva de la paciente y plan futuro
Semana 12 de gestación	Inicio de lesiones cutáneas fotosensibles, pápulas eritemato-violáceas y áreas discoides en extremidades superiores.	La paciente las consideró una dermatosis gestacional común. Retraso en la atención por falta de percepción de gravedad sistémica.
Semana 24.3 de gestación	Aparición de edema progresivo y bilateral en extremidades inferiores.	Asociado inicialmente por la paciente a los cambios mecánicos circulatorios del tercer trimestre.
Semana 27.1 de gestación	Inicio súbito de edema vulvar bilateral masivo, intensamente doloroso y rápidamente progresivo.	Genera gran angustia y restricción de la movilidad; incapacidad absoluta para la deambulación.
Semana 27.3 de gestación (ingreso)	Admisión en urgencias obstétricas. Exploración: edema vulvar (+++), eritema malar, úlcera oral. Falla a diurético (furosemida).	Ingreso hospitalario para estudio y monitorización estrecha de la unidad feto-placentaria.
Periodo de hospitalización	Perfil inmunológico positivo. Clasificación de LES por criterios ACR/EULAR 2019 (23 puntos). Terapia con prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina.	Alivio sintomático rápido. Desaparición completa del edema genital y estabilización de la proteinuria luego del inicio de inmunosupresión.
Semana 36.3 de gestación	Trabajo de parto pretérmino espontáneo en fase expulsiva. Parto eutócico exitoso. Recién nacido masculino de 2,800 g (Apgar 9/9).	Satisfacción con el desenlace perinatal. Recién nacido egresado conjuntamente en condiciones sanas.
Puerperio y seguimiento	Evolución clínica favorable sin reactivación lúpica inmediata. Alta hospitalaria condicionada a seguimiento con el especialista.	Plan futuro: envío a Reumatología y Ginecología para descartar daño renal estructural silente, ajustar fármacos a largo plazo y recibir asesoría preconcepcional estricta antes de futuros embarazos.

La afectación renal, evidenciada por proteinuria, planteó el diagnóstico diferencial crítico con la preeclampsia. Diferenciar la nefritis lúpica activa de la preeclampsia representa uno de los dilemas diagnósticos más complejos en la medicina obstétrica contemporánea. Los puntos de diferencias clave entre ambas afecciones se sintetizan en el **Cuadro 3**, donde variables como la presión arterial, las manifestaciones mucocutáneas, el sedimento urinario, el ácido úrico, las fracciones del complemento y los títulos de anti-ADN guían la toma de decisiones clínicas. Esta distinción es decisiva mientras que la preeclampsia desaparece de manera definitiva con la interrupción del embarazo. El brote lúpico gestacional exige tratamiento inmunomodulador inmediato para preservar la función orgánica materna y, cuando es posible, prolongar la viabilidad del feto.^{16,18,17}

El tratamiento inmunomodulador indicado (hidroxicloroquina, azatioprina y esteroide) es consistente con las recomendaciones internacionales para el control de la enfermedad durante la gestación.^{7,15}

La hidroxicloroquina, en particular, se ha asociado con menor actividad de la enfermedad y reducción de complicaciones obstétricas: parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, hipertensión gestacional y preeclampsia en pacientes embarazadas con lupus eritematoso sistémico.¹⁶ La rápida desaparición del edema vulvar posterior al inicio del tratamiento inmunomodulador apoya el origen inflama-

torio sistémico del cuadro y resalta la importancia de la intervención oportuna para lograr un desenlace obstétrico favorable, como el obtenido en la paciente del caso a las 36.3 semanas.

CONCLUSIONES

El edema vulvar masivo es una manifestación atípica del lupus eritematoso sistémico y puede constituir un indicador clínico de actividad inmunológica sistémica durante el embarazo. En pacientes con edema genital incapacitante en el segundo trimestre, la ausencia de hipertensión, las manifestaciones mucocutáneas y la proteinuria deben orientar el diagnóstico diferencial hacia enfermedades autoinmunitarias, además de la preeclampsia.

La determinación de los biomarcadores C3, C4, anti-ADN y anti-Sm resulta útil para distinguir la actividad lúpica de otras complicaciones obstétricas. En este caso, la atención multidisciplinaria y el tratamiento inmunomodulador con hidroxicloroquina, azatioprina y esteroide permitieron controlar la actividad de la enfermedad y favorecer un desenlace obstétrico y neonatal satisfactorio.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Cuadro 3. Diagnóstico diferencial entre nefritis lúpica y preeclampsia^{17,18,15}

Característica clínica/laboratorio	Preeclampsia	Nefritis lúpica/LES activo	Caso clínico
Presión arterial	HTA de novo ≥140/90 mmHg después de las 20 semanas	Puede o no haber HTA	Sin cifras tensionales elevadas
Inicio típico	Después de las 20 semanas	Puede aparecer en cualquier trimestre	Semana 12 de gestación
Manifestaciones sistémicas	Cefalea, fosfenos, edema, dolor epigástrico, alteraciones visuales	Eritema malar, úlceras orales, artritis, fotosensibilidad, serositis, alopecia	Eritema malar, úlcera oral y lesiones discoides
Proteinuria	≥300 mg/24h o relación proteína/creatinina elevada	Incremento de proteinuria o duplicación respecto de la basal	0.75 g/24h
Sedimento urinario	Habitualmente inactivo	Sedimento activo: hematuria, cilindros eritrocitarios/celulares	Revisar si hay hematuria-cilindros
Complemento C3/C4	Normal o relativamente elevado por cambios fisiológicos del embarazo	Disminuido por consumo inmunológico	C3: 12 mg/dL; C4: 5 mg/dL
Anti-dsDNA	Negativo	Elevado o en ascenso durante actividad	Positivo
Anti-Sm	Sin utilidad para diferenciar	Puede ser positivo; más específico para SLE, no actividad	Positivo
Plaquetas	Trombocitopenia en casos graves/HELLP	Trombocitopenia inmunológica posible	Plaquetas normales
Pruebas hepáticas	Pueden elevarse (HELLP)	Generalmente normales salvo afectación sistémica	Perfil hepático normal
Anemia	Hemólisis si HELLP	Anemia inflamatoria o hemolítica autoinmune	Hb 10 g/dL
Tratamiento	Finalización del embarazo según gravedad	Esteroides + inmunosupresores compatibles con embarazo	Prednisona + azatioprina + hidroxicloroquina
Resolución	Mejora después del parto	Persiste o mejora con inmunosupresión	Mejóro con inmunosupresión

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con ningún patrocinador.

Uso de IA

Durante la preparación de este trabajo, los autores utilizaron Gemini de Google con el fin de mejorar la coherencia gramatical y la traducción técnica del resumen al inglés.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Este artículo no contiene estudio alguno con animales llevado a cabo por alguno de los autores.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado y firmado por la paciente para publicar su caso clínico.

Referencias clave

- Etchegaray Morales, I., Mendoza Pinto, C., Arellano Avendaño, F. J., et al. Epidemiología del lupus eritematoso sistémico en Latinoamérica. *Reumatología Clínica*. 2024; 20(10): 560–566. <https://reumatologiaclinica.org/es-epidemiologia-del-lupus-eritematoso-sistémico-articulo-S1699258X24001037>
- Villalobos Navarro A, Xipell M, Hernández EG, et al. Prediction model for renal outcomes in Latin American Mestizo patients with pure proliferative lupus nephritis. *Lupus Sci Med*. 2025 ;12(2):e001649. doi: 10.1136/lupus-2025-001649.
- Gereade, A.; Oikonomou, E.; Stavros, S.; et al. Systemic Lupus Erythematosus in Pregnancy. *Med. Sci*. 2025;13,174. <https://doi.org/10.3390/medsci13030174>
- Kiram H, Bouab M, Jalal M, et al. Massive vulvar edema during pregnancy: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022;99:107674. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107674.
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(9):1151-1159. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214819.

Permisos

Los autores declaramos que todas las Figuras fueron elaboradas por nuestra propia autoría.

REFERENCIAS

1. Etchegaray Morales, I., Mendoza Pinto, C., Arellano Avendaño, F. J., et al. Epidemiología del lupus eritematoso sistémico en Latinoamérica. *Reumatología Clínica*. 2024; 20(10): 560-566. <https://reumatologiaclinica.org/es-epidemiologia-del-lupus-eritematoso-sistémico-articulo-S1699258X24001037>
2. Villalobos Navarro A, Xipell M, Hernández EG, et al. Prediction model for renal outcomes in Latin American Mestizo patients with pure proliferative lupus nephritis. *Lupus Sci Med*. 2025;12(2):e001649. doi: 10.1136/lupus-2025-001649.
3. Gereade, A.; Oikonomou, E.; Stavros, S.; et al. Systemic Lupus Erythematosus in Pregnancy. *Med. Sci*. 2025;13,174. <https://doi.org/10.3390/medsci13030174>
4. Lu J, Xu D, Wan Q, Chen H. Pregnancy outcomes and risk factors analysis in patients with systemic lupus erythematosus. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):495. doi: 10.1186/s12884-024-06701-x.
5. Martí-Gamboa S, Savirón-Cornudella R, Campillos-Maza JM. Edema vulvar masivo gestacional. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:634-640. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/edema-vulvar-masivo-gestacional-report-de-un-caso-y-revision-de-la-bibliografia>
6. Burton G J, Redman C W, Roberts J M, Moffett A. Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications *BMJ* 2019; 366:l2381 <https://www.bmj.com/content/366/bmj.l2381.short>
7. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(1):15-29. doi: 10.1136/ard-2023-224762.
8. Kiram H, Bouab M, Jalal M, et al. Massive vulvar edema during pregnancy: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022;99:107674. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107674.
9. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(9):1151-1159. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214819.
10. Riley D, Barber M, Kienle G, Jeffrey K, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2017; 89, 218-235. <https://www.jclinepi.com/action/showPdf?pii=S0895-4356%2817%2930037-9>
11. Lateef A, Petri M. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am*. 2017;43(2):215-226. doi: 10.1016/j.rdc.2016.12.009.
12. Psarras A, Emery P, Vital EM. Type I interferon-mediated autoimmunity in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2017;56(10):1662-1675. doi: 10.1093/rheumatology/kew431.
13. Walport MJ. Complement and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res*. 2002;4 Suppl 3(Suppl 3):S279-93. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3240161/>
14. Bălălaşu, O.D.; Loghin, M.G.; Bogheanu, D.M.; Bacalbasa, N.; Stănescu, A.D.; Bălan, D.G.; Păunică, I.; Olaru, O.G. Management of Systemic Lupus Erythematosus in Pregnancy. *J. Mind Med. Sci*. 2022, 9, 236-241. <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1358>
15. Zhu Q, Wang J, Sun Q, et al. Effect of hydroxychloroquine on pregnancy outcome in patients with SLE: a systematic review and meta-analysis. *Lupus Sci Med*. 2024;11(2):e001239. doi: 10.1136/lupus-2024-001239.
16. Almoallim H, Cheikh M, editors. Skills in Rheumatology. Chapter 17: Gestational Rheumatology. Table 17.1. Broad guidelines to differentiate lupus nephritis from preeclampsia. Singapore: Springer; 2021. doi: 10.1007/978-981-15-8323-0_17.