

CASO CLÍNICO

1. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.
 - a. Doctor en Medicina Clínica
 - b. Doctora en Ciencias Médicas
 - c. Médico

Declaración de aspectos éticos.

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaramos que hemos realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaramos que hemos seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores hemos obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: Los autores certificamos que no hemos recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Recibido: 10 agosto 2020

Aceptado: 15 noviembre 2020

Publicación en línea:

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil.

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona", Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 58162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondón-Tapia M. Trombosis de la vena ovárica posparto. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2328>

Trombosis de la vena ovárica posparto

Postpartum ovarian vein thrombosis

Eduardo Reyna-Villasmil^{1,a}, Duly Torres-Cepeda^{1,b}, Martha Rondón-Tapia^{1,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2328>

RESUMEN

La trombosis de las venas ováricas es una afección poco común pero grave, que causa dolor abdominal y fiebre y se observa con mayor frecuencia durante el puerperio inmediato. También puede asociarse con enfermedad pélvica inflamatoria, neoplasias y procedimientos quirúrgicos pélvicos. En el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, considerarla en una paciente puerperal febril con dolor abdominal sin foco aparente ni respuesta a la antibioticoterapia. Es necesario un alto índice de sospecha para el diagnóstico y manejo oportunos, especialmente en casos que simulan un abdomen agudo. Las complicaciones pueden ser importantes y el diagnóstico se basa en un examen cuidadoso de los hallazgos radiográficos. La prueba diagnóstica de elección, de alta sensibilidad y especificidad, es la tomografía computarizada con contraste. La trombopprofilaxis y los antibióticos de amplio espectro son efectivos como tratamiento inicial en casos sin embolia pulmonar o afectación extensa del trombo en la vena cava inferior. Se presenta un caso de trombosis de la vena ovárica posparto.

Palabras clave. Ovario, Trombosis venosa, Periodo posparto.

ABSTRACT

Ovarian vein thrombosis is a rare but serious condition that causes abdominal pain and fever and is most commonly seen during the immediate postpartum period. It may also be associated with pelvic inflammatory disease, neoplasms and pelvic surgical procedures. In the differential diagnosis of acute abdomen, consider it in a febrile puerperal patient with abdominal pain without apparent focus or response to antibiotic therapy. A high index of suspicion is necessary for timely diagnosis and management, especially in cases that simulate an acute abdomen. Complications can be significant and diagnosis is based on careful examination of radiographic findings. The diagnostic test of choice, with high sensitivity and specificity, is contrast computed tomography. Thromboprophylaxis and broad-spectrum antibiotics are effective as initial treatment in cases without pulmonary embolism or extensive involvement of the thrombus in the inferior vena cava. A case of postpartum ovarian vein thrombosis is presented.

Key words: Ovary, Venous thrombosis, Postpartum period.

INTRODUCCIÓN

La trombosis de las venas ováricas es una afección grave, pero relativamente rara, del posparto inmediato, que complica aproximadamente 0,05% a 0,18% de los partos vaginales y 2% de los partos por cesárea⁽¹⁾. También aparece asociada a cirugía ginecológica abdominal y pélvica, neoplasias ginecológicas, enfermedad inflamatoria pélvica - intestinal y a otras afecciones que pueden causar la formación de trombos⁽²⁾.

La sintomatología es vaga y poco específica, pero los síntomas más comunes son fiebre y dolor abdominal durante el puerperio. Debido a esto, es necesario el uso de estudios por imágenes para establecer el diagnóstico y evitar complicaciones potencialmente fatales. Por lo tanto, el reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno son fundamentales en esta condición⁽³⁾. Se presenta un caso de trombosis de las venas ováricas posparto.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 43 años gesta 2, para 2, quien acudió a la emergencia por presentar dolor abdominal de moderada a fuerte intensidad en el cuadrante inferior izquierdo, de dos días de evolución, que se irradiaba a la región lumbar; se acompañaba de fiebre, escalofríos, náu-

seas, vómitos, pero sin alteración de los hábitos evacuatorios. La paciente tenía antecedente de parto vaginal sin complicaciones 7 días antes de la aparición de los síntomas. El embarazo había transcurrido sin complicaciones ni evidencia de trombofilia en los controles prenatales. Negaba hábito tabáquico, antecedentes médicos y quirúrgicos personales de importancia y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, trastornos hematológicos o hipercoagulabilidad.

El examen físico mostró que estaba febril (39,4 grados C), con frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, presión arterial de 110/75 mmHg y saturación de oxígeno de 97% con aire ambiental. En la exploración clínica se halló murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, sin agregados. El abdomen estaba blando, depresible con dolor de fuerte intensidad a la palpación del hipocondrio y la fosa ilíaca izquierdas, sin evidencia de defensa. Al examen ginecológico, el útero estaba bien involucionado, con dolor de fuerte intensidad a la palpación de la pared vaginal anterior y durante la movilización del útero. Los loquios eran normales, sin evidencia de flujo vaginal, secreción fétida o sangrado genital anormal.

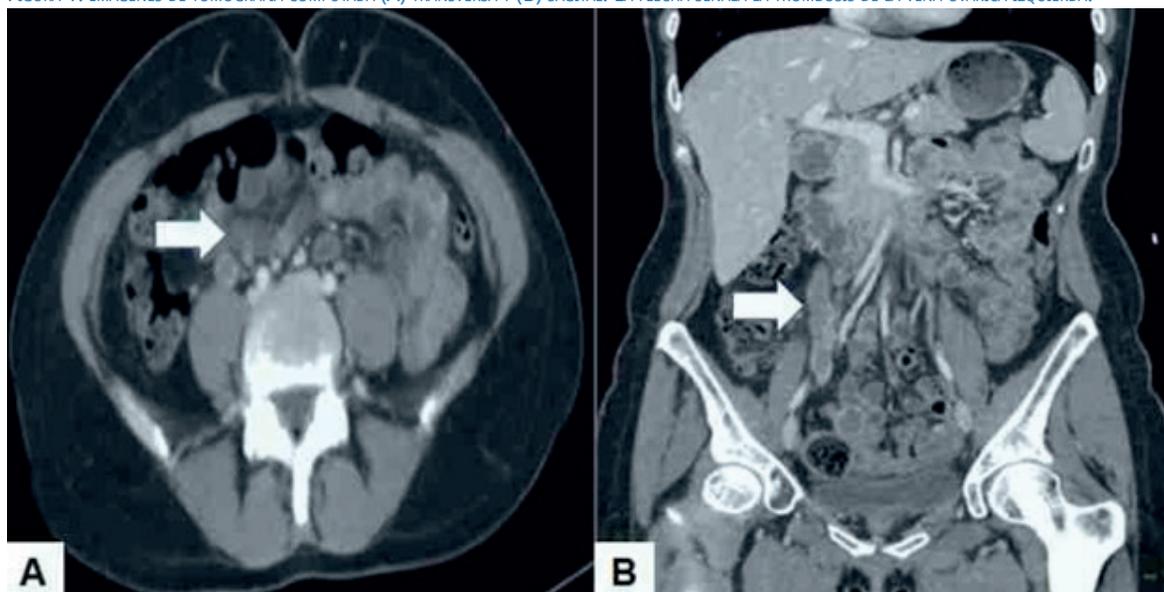
Las pruebas de laboratorio mostraron leucocitosis de 10 880 células/mL, con neutrofilia (87%), hemoglobina 10,6 g/dL, hematocrito 34,4% y plaquetas 267 000/mL. La concentración de proteí-

na C reactiva fue 5,0 mg/L. Los valores del perfil de funcionalismo hepático, renal, electrolitos, perfil de coagulación y examen de orina estaban dentro de límites normales. Los resultados del urocultivo y hemocultivo fueron negativos.

En la evaluación ecográfica pélvica se encontró útero puerperal, endometrio heterogéneo de 10 milímetros, anexos normales y ausencia de líquido libre en cavidad abdominal. No se halló evidencia de abscesos pélvicos ni presencia de restos ovulares. La tomografía computada abdominopélvica con contraste intravenoso mostró líquido a lo largo de la cara anterior del riñón y músculo psoas izquierdo, extendiéndose hasta el lado izquierdo del útero y la región de la vena renal izquierda, con evidencia de trombosis de la vena ovárica izquierda hasta la unión con la vena cava inferior (figura 1). El apéndice cecal estaba normal.

En vista de los hallazgos, se decidió realizar la evaluación para descartar trombosis venosa profunda. Tanto la tomografía computada de tórax como la ecografía Doppler de extremidades inferiores no mostraron evidencia de trombosis venosa concomitante. La ecografía indicó que ambos riñones estaban normales. Las pruebas de hemostasia básicas y estudios de hipercoagulabilidad, que incluyeron tiempo de trombo-plastina parcial y protrombina, índice internacional normalizado, factor V Leiden, anticoagulante lúpico y anticuerpo de cardiolipina, estaban dentro de límites normales.

FIGURA 1. IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA (A) TRANSVERSA Y (B) SAGITAL. LA FLECHA SEÑALA LA TROMBOSIS DE LA VENA OVÁRICA IZQUIERDA.





La paciente fue hospitalizada para recibir anticoagulación con heparina intravenosa y antibióticoterapia intravenosa (cefuroxima, metronidazol y gentamicina). A las 24 horas, se inició tratamiento con heparina de peso molecular bajo. La paciente respondió adecuadamente al tratamiento, con resolución de la leucocitosis, dolor y fiebre después de 48 horas de tratamiento. Fue dada de alta 5 días después, en buen estado general; el tratamiento con heparina fue suspendido y se inició warfarina oral, controlando el índice internacional normalizado.

Durante el seguimiento no ha experimentado recurrencia de la sintomatología, mientras continuaba con la anticoagulación terapéutica. Después de 6 meses, la resolución del trombo y recanalización completa fue mostrada por tomografía computada abdominal, y el tratamiento anticoagulante fue suspendido.

DISCUSIÓN

La trombosis de las venas ováricas posparto es una complicación debida a la aparición de un trombo intraluminal en cualquier parte de la vena durante el puerperio⁽²⁾. Los casos asintomáticos son los más comunes y su evolución generalmente es benigna, con una incidencia del 30% de trombosis de las venas (ilíacas y ováricas)⁽⁴⁾. Esta condición es clásicamente un proceso asociado al embarazo, pero también puede surgir en contextos no puerperales, como endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria, neoplasias malignas, trombofilia, enfermedad inflamatoria intestinal y cirugías pélvicas y ginecológicas⁽⁴⁻⁶⁾. Los factores de riesgo para esta condición son la multiparidad, tabaquismo, obesidad, bacteriemia puerperal y trombofilia, tanto heredada como adquirida. Las bacterias anaerobias pueden contribuir a la patología generando lesiones endoteliales. Las bacterias anaeróbicas que están comúnmente en el tracto genital inferior pueden llegar a las venas ováricas a través de las venas uterinas y vaginales⁽³⁾.

El embarazo es un estado de hipercoagulabilidad caracterizado por aumento de la adhesión plaquetaria y disminución de la fibrinólisis. La masa de eritrocitos aumenta aproximadamente 30%, mientras que el volumen plasmático aumenta 50%⁽⁶⁾. La hipercoagulabilidad, estasis venosa y lesión endotelial (tríada de Virchow) son las causas más frecuentes de la trombosis de las

venas ováricas y el embarazo es un ejemplo de esta tríada⁽⁷⁾. En primer lugar, el útero aumenta de tamaño, con mayor flujo sanguíneo y mayor estasis de las venas pélvicas y de las extremidades inferiores; estos cambios vasculares permanecen hasta 72 horas después del parto. En segundo lugar, durante el embarazo y el puerperio existe un estado de hipercoagulabilidad. Por último, pueden producirse traumatismos endoteliales durante el parto o por inflamación local. Como resultado, las embarazadas tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar trombosis venosa profunda comparadas con las no gestantes⁽⁸⁾.

La vena ovárica derecha drena directamente, y en ángulo agudo, en la vena cava inferior, mientras que la vena izquierda drena, generalmente en ángulo recto, en la vena renal. Además, el flujo anterógrado de sangre en la vena ovárica derecha favorece la infección bacteriana, en contraste con el flujo sanguíneo retrógrado en la vena ovárica izquierda. Estas diferencias hacen que la vena ovárica derecha sea más susceptible a la compresión, ya que 70 a 90% de los casos ocurren por compromiso de la vena ovárica derecha⁽⁹⁾. La vena ovárica izquierda, como en el presente caso, y ambas venas ováricas están afectadas en 6% y 14% de los casos, respectivamente⁽⁹⁾. Otros factores que pueden contribuir a esto es la mayor longitud, falta de válvulas competentes de la vena ovárica derecha, junto al mayor riesgo de compresión durante la dextrorrotación fisiológica del útero grávido que lleva a compresión del sistema venoso cercano^(1,7).

La trombosis de las venas ováricas posparto tiene una presentación vaga y variable. Debe sospecharse durante el puerperio, especialmente en aquellas pacientes con síntomas inespecíficos que no responden al tratamiento convencional y suele encontrarse al buscar otras causas de dolor abdominal. Los síntomas más comunes son el dolor pélvico o lumbar, fiebre, taquicardia, leucocitosis y tumor pélvico palpable hasta 4 semanas después del parto. No obstante, 90% de los casos aparecen en los primeros diez días⁽¹⁰⁾. Las complicaciones, aunque raras, pueden ser fatales e incluyen tromboflebitis séptica, obstrucción ureteral aguda, extensión del trombo a la vena cava inferior o vena renal izquierda (25% a 30%) y embolia pulmonar. La incidencia de embolia pulmonar varía ampliamente entre 0,15% y 0,33% en pacientes no tratadas, con una



mortalidad cercana a 4%. El riesgo de desarrollar complicaciones está asociado a la etiología de la condición⁽²⁾.

Los estudios de imágenes son fundamentales para establecer el diagnóstico. La ecografía es el estudio de imagen inicial de elección, ya que es económico, ampliamente disponible y no necesita radiación o contraste. Son inespecíficos para esta patología los hallazgos de tumoración de forma tubular, hipoecoicas en los anexos y/o fosa ilíaca. Entre sus desventajas, tiene una sensibilidad relativamente baja, que depende de la experiencia del operador, y el gas intestinal suprayacente puede limitar la visualización. La ecografía Doppler mejora la sensibilidad, al permitir identificar claramente las venas ováricas y documentar la resolución del cuadro⁽¹¹⁾. Tanto la angiografía por tomografía computada helicoidal como la venografía convencional eran consideradas como los métodos estándar para el diagnóstico. Sin embargo, las imágenes de tomografía computada y resonancia magnética son igualmente sensibles para detectar la trombosis de las venas ováricas posparto. La tomografía computada con contraste tiene alta sensibilidad (63% a 100%) y especificidad (78% a 90%). El diagnóstico está basado en la presencia de los criterios de Zerhouni: vena agrandada, lumen venoso de baja densidad y pared vascular bien definida con hebras inflamatorias perivasculares. Sin embargo, la diferenciación de la vena ovárica trombosada del apéndice puede ser difícil. La resonancia magnética ofrece mejor sensibilidad y especificidad (92% a 100%, y 100%, respectivamente) y permite la visualización de todo el trayecto de las venas ováricas, en pacientes con imágenes de tomografía o ecografía no concluyentes⁽¹²⁾.

El diagnóstico diferencial de trombosis de las venas ováricas posparto puede ser cualquiera de las condiciones que causan dolor abdominal ubicado en hemiabdomen inferior. Entre las condiciones más comunes que es necesario diferenciar están la apendicitis aguda, vólvulo intestinal, hematoma de ligamento ancho, torsión anexial, torsión de fibromioma uterino pediculado, absceso pélvico, pielonefritis, linfadenopatías retroperitoneal y endometritis puerperal^(1,8).

No existe consenso claro sobre el tratamiento óptimo de la trombosis de las venas ováricas posparto. Debido al mayor riesgo de embolia

pulmonar potencialmente letal, la mayoría de las revisiones apoyan el tratamiento con anticoagulantes como el pilar del tratamiento. La aplicación de las guías de trombosis venosa profunda es razonable, ya que la mayoría de los expertos considera que las trombosis raras deben ser tratadas como la trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores⁽¹³⁾. Los fármacos tradicionalmente utilizados son la heparina y la warfarina. La mayoría de los autores sugieren el uso de la heparina de peso molecular bajo, pero no existe acuerdo sobre el inicio, la dosis y la duración del tratamiento. La resolución de la trombosis ocurre a los 7 a 14 días de tratamiento⁽¹⁴⁾. No obstante, es posible que la trombosis no se resuelva con tratamiento anticoagulante breve y recomiendan anticoagulación profiláctica por 3 a 6 meses, hasta que se pueda confirmar radiológicamente la resolución del trombo o calcificación en las imágenes de seguimiento⁽²⁾.

Los antibióticos de amplio espectro son utilizados durante 7 a 10 días como tratamiento empírico para la endometritis en el posparto, cuando existe fiebre y dolor abdominal⁽¹⁴⁾. Si bien la cirugía en el tratamiento inicial de la trombosis de las venas ováricas posparto es controversial, algunos prefieren la cirugía para casos complicados asociados con embolia pulmonar recurrente a pesar del tratamiento médico y cuando hay contraindicación para el uso de anticoagulantes⁽¹⁵⁾. En algunos casos con riesgo alto de embolia pulmonar puede ser necesario realizar procedimientos endovasculares o quirúrgicos, como trombectomía, filtros de vena cava inferior o ligadura de venas ováricas. La prevención secundaria está basada en la administración de heparina de peso molecular bajo después del parto en pacientes con factores de riesgo^(1,3).

La tasa de mortalidad en casos de trombosis de las venas ováricas posparto puede superar el 50% en casos no tratados. Sin embargo, con el uso de anticoagulantes, la mortalidad disminuye hasta por debajo del 5%⁽⁵⁾. La recurrencia es baja en embarazos posteriores; pero, para las pacientes con alteraciones subyacentes de la coagulación, es recomendable la tromboprolifaxis.

En conclusión, la trombosis de las venas ováricas posparto es una complicación poco común. La presentación clínica es inespecífica y siempre debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal durante el puerperio.



Las técnicas de imágenes ayudan a identificar el vaso ocluido por un trombo. El tratamiento médico con anticoagulantes y antibióticos de amplio espectro es eficaz en casos sin complicaciones asociadas. Sin embargo, la duración del tratamiento es controversial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lerouge J, Sanguin S, Gondry J, Sergent F. Management of postpartum ovarian vein thrombosis. The experience of Amiens university hospital. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016;44(2):88-95. doi: 10.1016/j.gyobfe.2015.11.010
- Rottenstreich A, Da'as N, Kleinstern G, Spectre G, Amsalem H, Kalish Y. Pregnancy and non-pregnancy related ovarian vein thrombosis: Clinical course and outcome. *Thromb Res*. 2016;146:84-8. doi: 10.1016/j.thromres.2016.09.001
- Hoffmann J, Amaya B, Grothoff M, Schrock C, Lampe D. Ovarian vein thrombosis as a rare cause of postpartal abdominal pain: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(5):1331-2. doi: 10.1007/s00404-012-2408-1
- Kodali N, Veytsman I, Martyr S, Lu K. Diagnosis and management of ovarian vein thrombosis in a healthy individual: a case report and a literature review. *J Thromb Haemost*. 2017;15(2):242-5. doi: 10.1111/jth.13584
- Jenayah AA, Saoudi S, Boudaya F, Bouriel I, Sfar E, Chelli D. Ovarian vein thrombosis. *Pan Afr Med J*. 2015;21:251. doi: 10.11604/pamj.2015.21.251.6908
- Brenner B, Arya R, Beyer-Westendorf J, Douketis J, Hull R, Elalamy I, et al. Evaluation of unmet clinical needs in prophylaxis and treatment of venous thromboembolism in at-risk patient groups: pregnancy, elderly and obese patients. *Thromb J*. 2019;17:24. doi: 10.1186/s12959-019-0214-8
- Parino E, Mulinaris E, Saccomano E, Gallo JC, Kohan G. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis with staphylococcal bacteremia. *Case Rep Infect Dis*. 2015;2015:589436. doi: 10.1155/2015/589436
- Girolami A, Treleani M, Bonamigo E, Tasinato V, Girolami B. Venous thrombosis in rare or unusual sites: a diagnostic challenge. *Semin Thromb Hemost*. 2014;40(1):81-7. doi: 10.1055/s-0033-1363471
- Basili G, Romano N, Bimbi M, Lorenzetti L, Pietrasanta D, Goletti O. Postpartum ovarian vein thrombosis. *JSL*. 2011;15(2):268-71. doi: 10.4293/108680811X13071180406673
- Salomon O, Dulitzky M, Apter S. New observations in postpartum ovarian vein thrombosis: experience of single center. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2010;21(1):16-9. doi: 10.1097/MBC.0b013e32832f2ada
- Abdalla G, Fawzi Matuk R, Venugopal V, Verde F, Magnuson TH, Schweitzer MA, et al. The diagnostic accuracy of magnetic resonance venography in the detection of deep venous thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Radiol*. 2015;70(8):858-71. doi: 10.1016/j.crad.2015.04.007
- Dessole S, Capobianco G, Arru A, Demurtas P, Ambrosini G. Postpartum ovarian vein thrombosis: an unpredictable event: two case reports and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;267(4):242-6. doi: 10.1007/s00404-002-0318-3
- Plastini T, Henry D, Dunleavy K. Ovarian vein thrombus: to treat or not to treat? *Blood Adv*. 2017;1(15):1120-3. doi: 10.1182/bloodadvances.2017006577
- Bannow BTS, Skeith L. Diagnosis and management of postpartum ovarian vein thrombosis. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2017;2017(1):168-71. doi: 10.1182/asheducation-2017.1.168
- Ishaaya E, Tapson VF. Advances in the diagnosis of acute pulmonary embolism. *F1000Res*. 2020;9:F1000 Faculty Rev-44. doi: 10.12688/f1000research.21347.1