



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



REVISIÓN DE CONJUNTO

Trombosis de la vena ovárica: casuística en 5 años y revisión de la literatura



M. Fernández Rial*, M.I. Pardo Pumar, O. Ouviaña Millán,
J.M. Cumbras Alvarez y E. Moral Santamarina

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España

Recibido el 15 de diciembre de 2015; aceptado el 2 de marzo de 2016
Disponible en Internet el 29 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Trombosis de la vena ovárica;
Fiebre puerperal;
Posparto;
Anticoagulación

KEYWORDS

Ovarian vein thrombosis;
Puerperal fever;
Postpartum;
Anticoagulation

Resumen La trombosis de la vena ovárica (TVO) es una complicación infrecuente pero grave en el posparto. Afecta entre el 0,02-0,2% del total de gestaciones, 0,02-0,18% de los partos vaginales, y entre el 1-2% de las cesáreas. Hasta en el 90% de los casos afecta a la vena ovárica derecha, y puede extenderse hasta la vena cava inferior originando complicaciones muy graves. El diagnóstico y tratamiento tempranos son fundamentales. Presentamos los casos de trombosis de la vena ovárica ocurridos en el puerperio durante los últimos 5 años en el Complejo Hospitalario de Pontevedra, y una revisión de la bibliografía existente.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ovarian vein thrombosis: Casuistry over 5 years and literature review

Abstract The ovarian vein thrombosis (OVT) is a rare but serious complication in the postpartum. It affects between 0.02% and 0.2% of all pregnancies, from 0.02% to 0.18% of vaginal deliveries and between 1% and 2% of caesarean sections. In up to 90% of cases it affects the right ovarian vein and it may extend as far as the inferior vena cava, causing serious complications. Early diagnosis and treatment are crucial. We present the cases of ovarian vein thrombosis having occurred in the postpartum period during the last 5 years in the Complejo Hospitalario de Pontevedra and a review of existing literature.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La trombosis de la vena ovárica (TVO) es una entidad rara que afecta un porcentaje pequeño de nacimientos y suponen, la mayoría de las veces, un diagnóstico inesperado en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: María_frial@hotmail.com
(M. Fernández Rial).

el puerperio. Aunque presenta síntomas inespecíficos, en ocasiones el único síntoma asociado es la fiebre.

Esta patología asocia una mortalidad del 5%, por lo que constituye un diagnóstico diferencial muy importante de fiebre puerperal en la que el tratamiento precoz es esencial para evitar complicaciones más graves.

Material y métodos

Se han revisado las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas de TVO en el puerperio, ocurridas en nuestro centro en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2014.

El diagnóstico se basó en la clínica y en pruebas de imagen, fundamentalmente ecografía y TAC abdominopélvico.

El tratamiento se basó en antibioterapia de amplio espectro y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

Se analizan de forma retrospectiva y descriptiva las siguientes variables: edad, paridad, vía del parto, problema clínico principal, tiempo transcurrido hasta el inicio de los síntomas y hasta la realización del diagnóstico, alteraciones analíticas presentes, medios diagnósticos, localización de la trombosis y extensión de la misma, complicaciones asociadas, tratamiento realizado y evolución posterior.

Resultados

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 5 casos de TVO.

La edad media de las pacientes fue de 29 años (22-35).

En referencia a los antecedentes obstétricos, observamos que una de las 5 pacientes era nuligesta, mientras que las otras 4 presentaban una cesárea anterior. En todos los casos la vía del parto en la gestación actual fue una cesárea.

La clínica consistió en dolor abdominal inespecífico, fundamentalmente a nivel de FID, y fiebre en todos los casos.

El tiempo medio transcurrido desde la realización de la cesárea hasta el inicio de los síntomas fue de 4 días (1-5). El tiempo medio transcurrido hasta el diagnóstico fue de 7,8 días tras la realización de la cesárea (5-14), siendo 2 de las pacientes dadas de alta tras la cesárea y precisando ambas reingreso por fiebre puerperal.

En cuanto a las alteraciones analíticas, 3 de las pacientes presentaban leucocitosis junto con trombocitos, y 2 de ellas presentaban analíticas dentro de la normalidad. En todos los casos se había iniciado tratamiento antibiótico empírico ante la presencia de fiebre puerperal.

En todos los casos se realizó el diagnóstico de TVO mediante TAC abdominopélvico, en uno de ellos con presencia de imagen sospechosa previa en ecografía abdominal. Y todos ellos estaban localizados a nivel de la vena ovárica derecha; 4 presentaban extensión a la vena cava inferior, y uno hasta el eje esplenoportal, así como hacia la iliaca común interna e iliaca externa.

En cuanto a las complicaciones asociadas, una de las pacientes presentó un hematoma pélvico de 10 cm de diámetro máximo, localizado entre cara anterior uterina (a nivel de segmento) y plica vesical, precisando drenaje quirúrgico. Otra de las pacientes presentó un hematoma de 12 cm de diámetro máximo en cara anterior uterina, junto con líquido libre intraabdominal que precisó también

drenaje quirúrgico. Las otras 3 pacientes no presentaron complicaciones asociadas.

Tras el diagnóstico se realizó tratamiento antibiótico de amplio espectro en todas ellas (ceftriaxona + metronidazol + vancomicina) y anticoagulación con HBPM a dosis terapéuticas, siendo la evolución favorable en todas ellas.

Posteriormente, se realizó a las pacientes un estudio de trombofilia que fue normal en 4 de ellas, presentado una un síndrome antifosfolípido no diagnosticado previamente.

Discusión

La TVO es una complicación grave e infrecuente en el posparto¹⁻⁴.

La incidencia de esta complicación ocurre en un 0,05-0,18% de los embarazos, con una incidencia que alcanza el 1-2% después de una cesárea^{5,6}. En nuestro centro, en el periodo estudiado, se han producido un total de 8.399 partos, con 5 casos de TVO, lo cual representa una incidencia del 0,06%.

El primer caso publicado data de 1956^{4,7}. La etiopatogenia de esta entidad fue descrita por Virchow en 1847, cuando descubrió los factores a los que se les puede atribuir la formación de un trombo, y que englobó en su tríada: lesión de la pared venosa, enlentecimiento de la circulación sanguínea y aumento de la coagulabilidad^{2,8}. De esta manera se explica que la localización más frecuente sea la vena ovárica derecha, como en nuestros casos^{3,4}, debido a la dextrorrotación fisiológica del útero durante el embarazo, que origina compresión en dicha estructura vascular, junto con la mayor longitud, la mayor incompetencia de sus válvulas y el flujo anterógrado a través de la misma^{3,8} asociado a la hipercoagulabilidad propia de la gestación², y otros factores favorecedores como son la inmovilidad, la obesidad, multiparidad, preeclampsia, infecciones, edad > 35 años, enfermedades concomitantes, o la práctica de una cesárea⁸; en nuestro estudio todos los casos ocurrieron después de la realización de una cesárea. En un porcentaje mínimo de casos se asocia a trombofilia¹. Algunos autores consideran innecesario el cribado de la misma en casos de TVO aislada¹, mientras otros consideran conveniente investigar la existencia de trombofilias hereditarias, ya que le atribuyen una mayor prevalencia⁸; en ninguno de los casos expuestos existía patología trombótica asociada.

Clínicamente suele manifestarse entre 2 a 17 días posparto^{2,3,8} y es una patología infradiagnosticada, ya que presenta síntomas inespecíficos tales como^{1,2} dolor pélvico, fiebre y disnea¹ que obligan al diagnóstico diferencial con pielonefritis, urolitiasis, endometritis, apendicitis, absceso pélvico, colecistitis aguda¹, torsión anexial, hematomas del ligamento ancho², degeneración de mioma pediculado⁸ y vólvulos intestinales⁶. Por lo tanto, debe sospecharse ante la aparición de fiebre, frecuentemente en picos², y dolor abdominal en el posparto¹⁻³. En algunas ocasiones el único síntoma asociado es la fiebre.

Entre las complicaciones asociadas a esta entidad diagnosticada en el posparto destacan la septicemia, la trombosis de la vena cava inferior^{1,4} o de las venas renales, el infarto ovárico⁸ y el embolismo pulmonar, que puede ser la forma de presentación en un tercio de los casos², asociándose a él un riesgo vital para la paciente⁴ con una tasa de mortalidad del 5%⁸.

Habitualmente la exploración ginecológica es normal, aunque en un 50% de los casos se tacta un vaso de consistencia leñosa en fondo de saco vaginal o parametrios², y algunos autores han observado un aumento de las enzimas hepáticas asociados con esta entidad¹.

Aunque la prueba diagnóstica de elección sigue siendo la tomografía axial con contraste^{2,3}, con una sensibilidad y especificidad del 100%, la ecografía aporta una valoración inicial rápida⁸. Es útil tanto para el diagnóstico como para el seguimiento, aunque está limitada por la interposición del gas intestinal¹ y facilitaría sobre todo el diagnóstico de trombos en la vena cava inferior¹. Ante una alta sospecha clínica y una ecografía no concluyente, debemos recurrir a la TAC o a la RMN^{1,2,4,8}; esta última más cara⁷ y con una sensibilidad menor⁸.

Para el diagnóstico de TVO mediante TAC se requieren 3 criterios descritos por Zerhouni en 1980: ensanchamiento de la vena trombosada, baja densidad en su interior y pared bien definida⁷.

La anticoagulación y la antibioterapia intravenosa de amplio espectro son los tratamientos de primera elección^{1-3,8}. Debe iniciarse el tratamiento lo más pronto posible, la heparina de bajo peso molecular seguida de anticoagulantes orales es una alternativa válida¹. La mayoría de las pacientes responden clínicamente entre las 48-72 h^{2,8}, aunque en algún caso como los nuestros puede mantenerse el cuadro febril por complicaciones asociadas como hematomas, abscesos... La respuesta radiológica es más tardía. No existe un protocolo establecido en cuanto a la duración de la anticoagulación con heparina o la necesidad de anticoagulación oral posterior^{7,8}. En nuestros casos se mantiene la heparina subcutánea hasta la revisión después del alta por el servicio de Hematología, y es allí donde se decide el paso a anticoagulación oral. En estas 3 pacientes se continuó la anticoagulación oral hasta completar 6 meses. Las técnicas percutáneas, quirúrgicas, como ligadura de venas involucradas y el filtro de vena cava inferior, se reservan para pacientes con TEP confirmado, mala respuesta al manejo médico³ o contraindicaciones de tratamiento anticoagulante⁴. En caso de que el filtro haya de ser colocado en posición suprarrenal, han de valorarse riesgo-beneficio ya que existe riesgo de extensión de la trombosis a las venas renales y de insuficiencia renal aguda. Cuando el filtro se coloca subrenal, esta complicación, aunque rara, puede aparecer⁴. En una de las pacientes con hematoma asociado, previo a la intervención para drenaje, se valoró

la colocación de un filtro temporal de vena cava, pero se descartó por situación del trombo en ese momento y por el riesgo de trombosis de la vena renal, que se consideró mayor al riesgo de embolismo pulmonar.

La TVO es un diagnóstico diferencial importante de fiebre en el puerperio. El diagnóstico y el tratamiento precoz son esenciales para evitar complicaciones graves que pueden causar la muerte de la paciente. Aunque no existe un protocolo establecido en cuanto a la duración de la terapia anticoagulante, en general, se recomienda prolongación durante 6 meses en los casos de embolia pulmonar, trombosis de vena cava inferior, trombosis de vena renal izquierda y en trombofilias.

Concluimos que la TVO es una complicación poco frecuente pero grave, que debemos sospechar siempre como una de las causas de fiebre puerperal sin foco aparente que no responde al tratamiento antibiótico habitual.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Angelini M, Barillari G, Londero AP, Bertozzi S, Bernardi S, Petri R, et al. Puerperal ovarian vein thrombosis: Two case reports. *J Thromb Thrombolysis*. 2013;35:286-9.
2. Huelbes A, Herrera J, Gómez AM, Poza G, Parrilla JJ, Abad L. Trombosis de la vena ovárica con extensión a la vena cava inferior en el postparto. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52:451-4.
3. Palavecino T, Torres R, Quinteros N, Salinas H. Trombosis de vena ovárica y vena cava inferior asociada a endometritis en el puerperio. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53:206-8.
4. Meurette G, Marret O, Léauté F, Costargent A, Patra P, Chaillou P. Thrombose de la veine cave inférieure par thrombophlébite de la veine ovarienne droite. *Ann Chir*. 2003;128:329-32.
5. Pardo MI, Garcia E, Alonso MJ. Puerperal ovarian vein thrombosis post gynecological surgery. *Radiological Case Database*. Case 6942.
6. Sharma P, Abdi S. Ovarian vein thrombosis. *Clin Radiol*. 2012;67:893-98.
7. Witlin AG, Sibai BM. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: A report of 11 cases. *Obstet Gynecol*. 1995;85:775-80.
8. Salazar R, Galera L, Pagaldai A, Palomino S. Trombosis de la vena ovárica en el puerperio. *Prog Obstet Ginecol*. 2004;47:196-9.