



Trombosis de vena ovárica izquierda posparto: revisión de la bibliografía basada en un caso clínico

Cristina del Valle Rubido
Juan Antonio Solano-Calvo
Jerónimo González-Hinojosa
Pedro Valenzuela-Ruiz
Victoria Marcos-González
Álvaro Zapico-Goñi

RESUMEN

Antecedentes: la trombosis de la vena ovárica es una complicación infrecuente del puerperio. Su presentación clínica inespecífica y su baja incidencia dificultan su diagnóstico.

Caso clínico: paciente de 36 años de edad, con parto eutócico a las 39+2 semanas de gestación, con dolor lumbar izquierdo con irradiación a la fosa ilíaca izquierda. Diagnóstico: trombosis de vena ovárica izquierda por ecografía y tomografía computada; se trató con anticoagulante.

Discusión: para el correcto diagnóstico y tratamiento se requiere un alto índice de sospecha. La confirmación con métodos de imagen modernos es importante para el diagnóstico y tratamiento.

Conclusión: los mejores resultados y menor tasa de complicaciones se consiguen con el diagnóstico temprano y tratamiento anticoagulante.

Palabras clave: trombosis, vena ovárica, complicaciones, puerperio, anticoagulantes.

Postpartum left ovarian vein thrombosis: case report and literature review

ABSTRACT

Background: Ovarian Vein Thrombosis is an uncommon complication of the puerperium. Its unspecific clinical presentation and its low incidence make it difficult to diagnose.

Case report: A 36-year-old pregnant woman has a vaginal delivery at 39+2 weeks of gestation and develops left lumbar pain irradiated to the left iliac fossa. She is diagnosed of left ovarian vein thrombosis by sonography and TC and receives anticoagulant treatment.

Discussion: A high index of suspicion is the key to a correct diagnosis and treatment. Confirmation with modern imaging methods is crucial for the diagnosis and treatment nowadays.

Conclusion: The best results and lower rate of complications are achieved with an early diagnosis and anticoagulant treatment.

Key words: Thrombosis, ovarian vein, complications, puerperium, anticoagulants.

Recibido: mayo 2015

Aceptado: junio 2015

Correspondencia

Dra. Cristina Del Valle Rubido
cristinadelvallerubido@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Del Valle-Rubido C, Solano-Calvo JA, González-Hinojosa J, Valenzuela-Ruiz P, Marcos-González V, Zapico-Goñi A. Trombosis de vena ovárica izquierda posparto: revisión de la bibliografía basada en un caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2015;83:499-504.

ANTECEDENTES

La trombosis de la vena ovárica es una complicación severa y potencialmente mortal del puerperio. Su incidencia varía de 0.05 a 0.18% de los nacimientos, aumentando hasta 1-2% en casos de parto por cesárea. Entre 80-90% de los casos se localiza en la vena ovárica derecha,^{1,2} y es bilateral en 11-14% de las pacientes.^{3,4}

La trombosis de la vena ovárica se asocia con enfermedad inflamatoria pélvica, neoplasias y complicaciones de la cirugía pélvica.

Los síntomas más frecuentes de trombosis de vena ovárica son: fiebre (80%), dolor pélvico (66%) y aparición de una masa abdominal palpable (46%), descrita con forma de cuerda o salchicha a la palpación.² Sin embargo, el diagnóstico suele complicarse por los signos y síntomas inespecíficos, como: dolor lumbar, náuseas, vómitos, taquicardia, taquipnea, hipotensión arterial, íleo o sepsis.⁵ Esto puede conducir a un diagnóstico incorrecto de proceso infeccioso, que suele tratarse con antibióticos, y que característicamente carecen de reacción favorable en las primeras 48 horas. Por esta razón es importante incluir a la trombosis de vena ovárica en el diagnóstico diferencial de fiebre puerperal, sobre todo si no hay respuesta al tratamiento antibiótico.

El objetivo es comunicar un caso clínico de trombosis de vena ovárica luego de un parto vaginal, a partir del que se realizó una revisión de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años, con antecedentes de cuatro embarazos, un aborto y tres partos, que acudió en varias ocasiones al servicio de Urgencias por dolor lumbar izquierdo irradiado al hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, siguiendo la línea ureteral.

Se estableció el diagnóstico de cólicos renoureterales recurrentes, que cedieron parcialmente con analgésicos.

Su historia clínica incluye: infección por hepatitis A en la infancia y cólicos renoureterales recurrentes secundarios a litiasis. No manifiesta reacciones alérgicas a medicamentos.

El seguimiento del embarazo fue inadecuado, la primera consulta obstétrica fue a las 33 semanas. La serología para antígeno de superficie de hepatitis B y VIH se reportó negativa. La determinación de estreptococo del grupo B en el exudado vaginal y rectal resultó positiva y su grupo sanguíneo 0+.

A las 39+2 semanas fue admitida al servicio de Obstetricia del hospital por pródromos de parto y cólico renoureteral izquierdo. Durante su estancia en el hospital se indicó inducción de parto por un registro cardiotocográfico con baja reactividad fetal y cérvix favorable a la exploración ginecológica.

A las 39+4 semanas de embarazo nació un varón sano por parto eutócico, de 3,530 g. Durante las primeras 24 horas postparto persistió el dolor lumbar izquierdo, por lo que se realizó una ecografía abdómino-pélvica urgente, que se diagnosticó como trombosis de vena ovárica izquierda. (Figura 1)

Se le realizaron estudios de trombofilia, incluida la determinación del factor V Leiden, proteínas C, S y deficiencia de antitrombina III y metilen tetrahydrofolato reductasa C667T, mutación del gen G20210A de la protrombina y anticuerpos antifosfolípidos y lúpico, así como analítica con hemograma y estudio de coagulación. Se estableció el diagnóstico de déficit moderado de la proteína S (31%, el rango de normalidad es 50-120%).

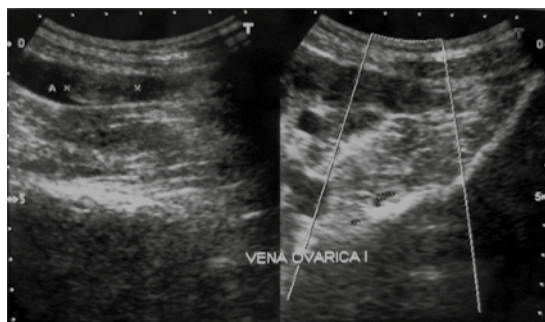


Figura 1. Imagen ecográfica: trombo de 10.3 mm en la vena ovárica izquierda.

Se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular de acuerdo con los médicos del servicio de Hematología del hospital, con una dosis de 1 mg/kg/12 h.

También se le realizó una tomografía computada, que confirmó el diagnóstico de trombosis de vena ovárica izquierda. La formación trombo-sada midió 2.5 cm de diámetro longitudinal y 1.03 cm en diámetro transverso. No se encontraron defectos en otras estructuras vasculares (Figura 2).

A los seis días de posparto, los hematólogos le prescribieron acenocumarol y enoxaparina sódica. Al undécimo día postparto la paciente fue dada de alta con tratamiento ambulatorio con 90 mg/24h (1mg/kg/24h) de enoxaparina sódica subcutánea y 3-2-2 mg de acenocumarol oral.

Los especialistas del servicio de Hematología le dieron seguimiento a la paciente durante 18 meses tras el episodio de trombosis de vena ovárica. En su última visita la exploración física fue normal y la ecografía abdominal reportó que el aparato genital interno era normal con flujo vascular anexial positivo. La anticoagulación con acenocumarol permaneció durante 12 meses. Después de suspenderle el tratamiento no hubo recurrencias y permanecía asintomá-

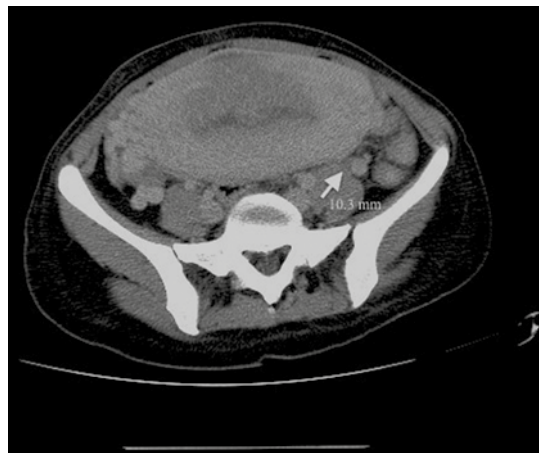


Figura 2. Tomografía computada: varicocele pélvico bilateral en paciente puérpera. Trombosis de vena ovárica izquierda. Dilatación ureteral y del sistema piélico bilateral por compresión uterina. No hay afectación de otras estructuras vasculares.

tica hasta el momento de enviar el manuscrito a publicación.

DISCUSIÓN

La trombosis de vena ovárica es una complicación rara del puerperio. La fisiopatología de esta trombosis se basa en la tríada de Virchow (hipercoagulabilidad, estasis venosa y traumatismo endotelial), que ocurre más frecuentemente durante el embarazo y puerperio debido a los cambios fisiológicos del embarazo.^{6,7} (Cuadro 1) Estos cambios incluyen: aumento de los factores de coagulación: VII, VIII, IX, X, XII, vWF y fibrinógeno. Las concentraciones de anticoagulantes naturales están disminuidas, como los de proteína S.

Además, se incrementa la estasis venosa como resultado de la compresión de los vasos pélvicos y la vena cava por el útero. Junto con estos cambios fisiológicos del embarazo que predisponen a la trombosis de la vena ovárica,

Cuadro 1. Tríada de Virchow.

| Tríada de Virchow |
|-------------------------------|
| 1. Hipercoagulabilidad |
| 2. Estasis venosa |
| 3. Daño a la pared endotelial |

las mujeres con trombofilia previa a la gestación tienen un riesgo aún mayor de padecer esta complicación.

Las trombofilias hereditarias más comunes incluyen: mutación del factor V de Leiden, síndrome antifosfolipídico, anticoagulante lúpico, deficiencias de las proteínas C y S, mutación del gen G20210A de la protrombina, y déficit de metilen tetrahidrofolato reductasa C667T. Hemos encontrado varios casos clínicos y series en la bibliografía que muestran un porcentaje alto de positividad a las pruebas de trombofilia. La más significativa es la de Salomon y su grupo, en la que 50% de las pacientes con diagnóstico de trombosis de vena ovárica padecían una trombofilia.⁸ Nuestra paciente se diagnosticó con deficiencia de proteína S, con una concentración de 31% en plasma (límite normal: 50-120%).

El hallazgo de trombofilia afecta el tratamiento y la duración del anticoagulante en una paciente con trombosis de vena ovárica. Por este motivo, deberíamos plantear un estudio de trombofilia en toda mujer con diagnóstico de trombosis de vena ovárica. En una mujer con enfermedad protrombótica puede justificarse establecer anticoagulación profiláctica en futuros embarazos.

Nuestra paciente, al contrario del 89-90% de los casos, en los que la vena ovárica derecha está afectada,^{5,6,9,10} resultó con trombosis de vena ovárica izquierda. El bajo porcentaje de afectación de la vena ovárica izquierda se debe a su drenaje retrógrado durante la gestación, en lugar de anterógrado, como el de la vena ovárica

ca derecha, y también porque el útero grávido tiende a la dextrorrotación. Esto explica por qué la estasis venosa es mayor en el lado derecho.^{5,10}

Los síntomas típicos de trombosis de vena ovárica son: fiebre, dolor pélvico y masa abdominal dolorosa en el flanco o fosa ilíaca que asemeja a un cordón a la palpación.^{1,5,6} Otros síntomas inespecíficos que pueden coexistir son: malestar general, náuseas, vómitos, hipotensión arterial, taquicardia, taquipnea e íleo. Por el contrario, nuestra paciente no tuvo síntomas tan claros, solo dolor lumbar, gracias al diagnóstico temprano en las primeras 24 horas posparto, por la rápida sospecha clínica.

Estos síntomas tan inespecíficos pueden conducir a confusión con otras afecciones de origen infeccioso o inflamatorio. Siempre debe establecerse el diagnóstico de exclusión entre los padecimientos con presentación clínica similar. (Cuadro 2)

Históricamente, el diagnóstico se confirmaba en una intervención quirúrgica, con laparotomía y escisión y trombectomía de la vena ovárica, e incluso ligadura de la vena cava inferior. Sin embargo, esta conducta se asocia con altas tasas de mortalidad y morbilidad y complicaciones,

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial.

| Trombosis de vena ovárica. Diagnóstico diferencial |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Apendicitis aguda• Vólvulo intestinal• Hematoma del ligamento ancho• Torsión anexial• Absceso tubo-ovárico• Infección del tracto urinario• Pielonefritis• Linfadenopatía retroperitoneal• Endometritis puerperal• Tromboflebitis séptica |



como: edema posoperatorio, tromboflebitis recurrente, úlceras de miembros inferiores, dermatitis por estasis, claudicación venosa y tasa de mortalidad de 15%.¹¹ Con las modernas técnicas de imagen puede alcanzarse el diagnóstico sin necesidad de recurrir a métodos quirúrgicos.

La ecografía mediante ultrasonidos es la técnica más utilizada como primera opción para cribado durante el puerperio, debido a su accesibilidad, bajo costo y seguridad. La sensibilidad de esta prueba es de 52%, por lo que es aconsejable confirmar el diagnóstico de sospecha con tomografía axial computada (sensibilidad de 100%) o resonancia magnética (sensibilidad de 92%)^{12,13} En nuestro caso, la ecografía permitió el diagnóstico temprano de trombosis de vena ovárica, que enseguida se confirmó por tomografía axial computada.

El abordaje quirúrgico de la trombosis de vena ovárica es obsoleto. En la actualidad, con la introducción de los antibióticos, heparina y anticoagulantes orales, el tratamiento es farmacológico. La cirugía debiera ser la última opción solo en pacientes en las que la anticoagulación está contraindicada, con tromboembolismo pulmonar recurrente a pesar de un tratamiento médico correcto o con complicaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico.¹¹

La mayoría de los autores defiende que el tratamiento empírico inicial se debe realizar con anticoagulantes y antibióticos de amplio espectro.^{5,6,9,11,14} A pesar de que el tratamiento inicial se efectúa con antibióticos empíricos, estos deben retirarse una vez se confirme el diagnóstico de trombosis de vena ovárica. Nuestra paciente no recibió tratamiento con antibióticos en ningún momento, porque el diagnóstico de trombosis de vena ovárica izquierda fue muy rápido y el inicio del tratamiento anticoagulante inmediato.

La heparina de bajo peso molecular es un tratamiento correcto para un episodio de trombosis

de vena ovárica y como profilaxis de recurrencias a mediano plazo, aunque no hay consenso acerca del tipo de heparina de bajo peso molecular a prescribir o la duración del tratamiento.¹² Nuestra propuesta inicial es enoxaparina sódica durante la primera semana a dosis de 1mg/kg/12 horas, seguido de 8 semanas de tratamiento concurrente con enoxaparina 1mg/kg/24 horas y acenocumarol a dosis individualizadas según los valores de INR. En casos con trombofilia, nuestro consejo es mantener el tratamiento con acenocumarol durante un mínimo de 6-12 meses, por los factores de riesgo de trombosis venosa asociados.

Las complicaciones de la trombosis de vena ovárica son potencialmente letales e incluyen: sepsis, extensión de la trombosis a la vena cava inferior y venas renales y tromboembolismo pulmonar.⁵ El método más adecuado para prevenir estas complicaciones es el diagnóstico temprano, para lo que se requiere un alto índice de sospecha ante un cuadro clínico de dolor abdominal o lumbar y fiebre en el puerperio temprano (10 primeros días posparto); especialmente cuando no hay respuesta al tratamiento con antibióticos con síntomas que persisten 48-72 horas luego del inicio del tratamiento.

Existe evidencia de que el tratamiento correcto con anticoagulantes evita las complicaciones, como: tromboembolismo pulmonar (48%) o trombosis venosa profunda (48-51%).¹⁴ Sin embargo, no hay evidencia de si la anticoagulación profiláctica en las siguientes gestaciones prevendrá una nueva trombosis de vena ovárica. Esto, junto con la baja tasa de recurrencia, hace que la profilaxis no esté recomendada en general.¹⁵ Las mujeres con trombofilia, en las que el riesgo de trombosis de vena ovárica en las siguientes gestaciones está muy aumentado, son la única excepción. En estos casos sí debería plantearse la anticoagulación profiláctica.

CONCLUSIONES

La trombosis de vena ovárica es una afección infrecuente y severa del puerperio. Su presentación clínica es a menudo inespecífica, por lo que se requiere un índice alto de sospecha clínica, sobre todo cuando no hay respuesta al tratamiento antibiótico luego de 48-72h con dolor o fiebre persistente. Esto permite el establecimiento temprano del diagnóstico con las técnicas de imagen adecuadas (ecografía, tomografía axial computada o resonancia magnética). El tratamiento con anticoagulantes orales debe establecerse sin retraso. El tratamiento empírico inicial consiste en anticoagulantes y antibióticos, aunque los últimos deben retirarse después de confirmar el diagnóstico de trombosis de la vena ovárica. Los mejores resultados y menor tasa de complicaciones se consiguen con el diagnóstico oportuno y tratamiento anticoagulante.

REFERENCIAS

1. Brown TK. Puerperal ovarian vein thrombophlebitis: a syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1971;109:263.
2. Dunnihoo DR, Gollaspy JW, Wise RB, et al. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:415-417.
3. Prieto- Nieto MI, Pérez-Robledo JP, Rodríguez-Montes JA, Garci-Sancho-Martín L. Acute appendicitis-like symptoms as initial presentation of ovarian vein thrombosis. *Ann Vasc Surg* 2004;18:481-483.
4. Baran GW, Frisch KM. Duplex Doppler evaluation of puerperal ovarian vein thrombosis. *Am J Roentgenol* 1987;149:321-322.
5. Kominariak MA, Hibbard JU. Postpartum ovarian vein thrombosis: an update. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61:337-42.
6. Akinbiyi A, Nguyen R, Katz M. Postpartum Ovarian Vein Thrombosis: Two Cases and Review of Literature. *Case Report Med* 2009;101367:1-4.
7. González- Bosquet E. Ovarian vein thrombosis. Risk factors, diagnosis and treatment. *Medicina (B Aires)* 2009;69:347-9.
8. Salomon O, Apter S, Shaham D, et al. Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost* 1999;82:1015-1019.
9. Basili G, Romano N, Bimbi M, Lorenzetti L, Piedrasante D, Goletti O. Postpartum Ovarian Vein Thrombosis. *JSL* 2011;15:268- 271.
10. Virmani V, Kaza R, Sadaf A, Fasih N, Fraser-Hill M. Ultrasound, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging of Ovarian Vein Thrombosis in Obstetrical and Nonobstetrical Patients. *Can Assoc Radiol J* 2012;63:109-118.
11. Takach T, Cervera R, Gregoric I. Ovarian vein and caval thrombosis. *Tex Heart Inst J* 2005;32:579-582.
12. Sinha D, Yasmin H, Samra JS. Postpartum inferior vena cava and ovarian vein thrombosis: a case report and literature review. *J Obstet Gynaecol* 2005;25,3:312-313.
13. Gakhal MS, Levy HM, Spina M, Wrigley C. Ovarian vein thrombosis: analysis of patient age, etiology and side of involvement. *Del Med J* 2013;85:45-50.
14. Royo P, Alonso-Burgos A, García-Manero M, Lecumberri R, Alcazar JL. Postpartum ovarian vein thrombosis after cesarean delivery: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2008;2:15.
15. Witlin AG, Sibai BM. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report of 11 cases. *Obstet Gynecol* 1995;85:775-780.