

## TROMBOSIS DE LA VENA OVARICA

## FACTORES DE RIESGO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

EDUARDO GONZALEZ-BOSQUET

*Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, España*

**Resumen** La trombosis de la vena ovárica es una complicación muy poco frecuente (0.002-0.05%), que se observa en mujeres que presentan un incremento en los factores de coagulación. La principal situación en la que es posible detectar esta complicación es el embarazo, aunque no es la única. Se describe el caso de una mujer de 31 años de edad, gestante de 16 semanas, que presenta un aborto espontáneo séptico complicado con una trombosis de la vena ovárica. Se aprovecha el caso clínico para revisar en la literatura los factores de riesgo, el diagnóstico y el tratamiento de esta inusual patología.

**Palabras clave:** trombosis de la vena ovárica, sepsis, aborto

**Abstract** *Ovarian vein thrombosis; risk factors, diagnosis and treatment.* Ovarian vein thrombosis is an uncommon complication (0.002-0.05%) related to hypercoagulated status of women. The most frequent condition associated to ovarian vein thrombosis is pregnancy, but there are other possible causes. We present a case of a 31 year old pregnant woman at 16<sup>th</sup> week of gestation who had spontaneous septic abortion complicated with an ovarian vein thrombosis. A discussion of risk factors, diagnostic and treatment options of ovarian vein thrombosis are presented.

**Key words:** ovarian vein thrombosis, abortion, sepsis

La incidencia de la trombosis de la vena ovárica varía entre el 0.002% y el 0.05%<sup>1-3</sup>. Es por tanto una complicación muy poco frecuente, que se observa casi siempre relacionada con el embarazo, principalmente en el postparto, o en cualquier situación que incremente los factores de coagulación<sup>3</sup>. Otras situaciones menos frecuentes en las que también puede aparecer son la enfermedad inflamatoria pélvica, la cirugía abdominal o la presencia de una neoplasia maligna<sup>4,5</sup>.

El diagnóstico de la trombosis de la vena ovárica puede resultar en ocasiones difícil. Presentamos un caso y realizamos una revisión de la literatura.

### Caso clínico

Mujer de 31 años, embarazada de 16.6 semanas, que acude a urgencias por síndrome febril de 38 °C de 48 horas de evolución y sangrado vaginal, sin otra sintomatología acompañante. Antecedentes personales y familiares sin interés. Antecedentes ginecológico-obstétricos: menarquia a los 12 años, ciclos regulares (3-4/28 días) y parto eutócico tres años antes.

Exploración ginecológica normal. La palpación abdominal y la auscultación pulmonar fueron normales, la paciente no presentaba fiebre al momento del ingreso, pero manifestó haber tenido un pico febril en su domicilio y la toma de un antitérmico.

Se practica ecografía abdominal, que objetiva feto único que corresponde a las semanas de gestación por amenorrea, con frecuencia cardíaca negativa. Se supone aborto de segundo trimestre y se solicitan hemograma, pruebas de coagulación y PDFS. Se colocan dos comprimidos de misoprostol en la vagina para facilitar la evacuación uterina e ingresa en planta.

A las dos horas y media del ingreso presenta pico febril de 40 °C, se practica hemocultivo y se administra cobertura antibiótica con ampicilina y gentamicina. El hemograma muestra una leucocitosis de 15 600 con 86% de segmentados y 9 bandas y una PCR de 131, compatible con aborto séptico.

A las 7 horas del ingreso inicia un cuadro de hipotensión (60/36) que no revierte con expansores de plasma. La paciente se encuentra consciente y orientada. El tacto vaginal detecta un cérvix acortado un 70%, permeable 1 cm, se administran 2 comprimidos más de misoprostol (400mg), se solicita nuevo control analítico y se añade al tratamiento antibiótico el metronidazol, ya que al romper la bolsa amniótica el líquido tiene un olor fétido. A las 9 horas del ingreso se produce la expulsión del feto y la placenta, persistiendo la febrícula y la hipotensión a pesar de no producirse hemorragia postparto o comprobar, mediante ecografía, que el útero está vacío.

Se cursa nuevo análisis de sangre postparto, que muestra: leucocitos 6 900 (73% segmentados y 24 bandas), PCR elevada (146), creatinina discretamente elevada (1.23mg/dl, normal < 1.03mg/dl), hipoproteinemia (proteínas 54, normal 65-82), lactato elevado 2.20 mmol/l (0.5-1.8) y los PDFs ne-

Recibido: 15-XII-2008

Aceptado: 6-V-2009

**Dirección postal:** Dr. Eduardo González-Bosquet, Hospital Sant Joan de Deu, Paseo Sant Joan de Deu, N° 2, Esplugues, 08950 Barcelona, España

Fax: (0034) 93-4052390

e-mail: edugonzalez@hsjdbcn.org

gativos. Dada la persistencia de la hipotensión arterial, taquicardia y oliguria, se indica vía central y control de diuresis y se traslada la paciente a la UCI, con diagnóstico de *shock séptico*.

Al ingreso en la UCI tiene dolor en hipocondrio derecho, en la auscultación respiratoria rales crepitantes biba-sales y anemia grave 7.8 Hb y dímero D elevado (4058).

Se practica ecografía y TAC abdominal en las que se objetiva derrame pleural bilateral, líquido libre intraab-dominal, hígado incrementado de tamaño y defecto de repleción a nivel de la vena ovárica derecha, sugestiva de trombosis. Se inicia tratamiento con drogas vaso activas, heparina y antibiótico de amplio espectro (imipenem). La paciente evoluciona favorablemente y pasa a planta, tras 3 días del ingreso en la UCI. El resultado del hemocultivo y el cultivo de la placenta (aerobio y anaerobio) son positivos para el mismo único microorganismo, *Escherichia coli*, que resulta ser sensible en el antibiograma a todos los antibióticos empleados (ampicilina, gentamicina, imipenem y ciprofloxacina).

El derrame pleural se resuelve espontáneamente, así como la anemia que mejora tras la administración de hierro endovenoso (2 dosis). Es dada de alta a los 5 días con tratamiento antibiótico oral (ciprofloxacina), heparina (*Innhoe*p 0.5<sup>®</sup>) y feroterapia.

A los 3 meses del ingreso se practica TAC de control en la que se observa la desaparición de la trombosis de la vena ovárica derecha y del líquido intrabdominal y pleural, suspendiéndose el tratamiento con heparina.

Se practica estudio hematológico a los 6 meses del aborto séptico para descartar enfermedad que pueda favorecer la trombosis: factor V de Leyden, anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico, antitrombina III, proteínas S y C, índice de resistencia a la proteína C y niveles de homocisteína. Todas estas pruebas son normales, por lo que se descartan las causas más probables de trombofilias en la paciente.

## Discusión

La trombosis de la vena ovárica se asocia con mayor frecuencia al embarazo y al postparto inmediato, con una incidencia de 1 caso cada 600 a 2000 partos<sup>6</sup>, localizándose con una mayor frecuencia (70-90%) en la vena ovárica derecha<sup>7</sup> por sus características anatómicas (es más larga que la izquierda y puede comprimirse con mayor facilidad) como ocurrió en el caso descrito.

Además, hay otro factor en la paciente que puede favorecer dicha trombosis, ya que se trataba de un aborto séptico con repercusión sistémica. Por tanto, a los cambios que suceden en el embarazo (aumento de los factores de coagulación, aumento de la producción de trombina, disminución de la fibrinólisis y éstasis venoso a nivel pélvico), hay que sumar el paso de bacterias de la cavidad uterina al torrente sanguíneo que pueden lesionar el endotelio venoso. La sepsis se asocia en un 52% de los casos a fenómenos trombohemorrágicos<sup>8</sup>.

Otro factor a tener en cuenta es la administración de misoprostol que, aunque favorece la expulsión espontánea del contenido uterino evitando la manipulación quirúrgica (la dilatación cervical y el legrado), puede facilitar

mediante las contracciones uterinas, por el aumento de presión, el paso de gérmenes a la cavidad abdominal y al torrente sanguíneo y vía linfática. Encontramos en la literatura un caso de *shock séptico* asociado a un aborto médico realizado con misoprostol oral y vaginal, aunque el germen causante fue *Clostridium sordellii*<sup>9</sup> y en nuestro caso se trataba de una *Escherichia coli* sensible a todos los antibióticos empleados. También hay descritas trombosis de la vena ovárica en abortos sépticos tras interrupción del embarazo en el segundo trimestre, en los que se utilizó una laminaria para la dilatación cervical<sup>10</sup>.

Llama la atención la evolución clínica tan rápida en este caso, siendo que la trombosis de la vena ovárica suele presentarse de forma más insidiosa, como una fiebre persistente y dolor pélvico, que aparece entre 2 a 15 días después del parto, y es poco frecuente que se presente en fases precoces del embarazo<sup>3</sup>. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden ocasionar dolor abdominopélvico y fiebre, como la apendicitis aguda, endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica, pielonefritis, nefrolitiasis, absceso tubo-ovárico y torsión ovárica<sup>11</sup>.

El diagnóstico de la trombosis de la vena ovárica se basa en pruebas de diagnóstico por imágenes, como la ecografía abdominal, la resonancia abdominal, pero el más sensible es la TAC con un 100 de sensibilidad, que fue en nuestro caso el que nos dio el diagnóstico definitivo<sup>2</sup>.

El tratamiento de la trombosis de la vena ovárica se basa en la anticoagulación con heparina y la administración de antibiótico de amplio espectro, aunque no existe consenso sobre la dosis y la duración del tratamiento. En esta paciente se empleó la heparina y antibiótico de amplio espectro, que posteriormente se cambió a ciprofloxacina oral (750 mg/12 h) durante 2 semanas y tinzaparina subcutánea 0.5 UI durante 3 meses.

Una de las posibles complicaciones de la trombosis de la vena ovárica es el tromboembolismo pulmonar (13%), si la paciente no responde al tratamiento descrito previamente, incluso hay descritos un 4% de muertes<sup>1</sup>. Si no hay una respuesta adecuada y para evitar las complicaciones, es necesario la aplicación de tratamientos quirúrgicos como la trombectomía, la colocación de filtros en la vena cava o la ligadura de la vena ovárica o cava<sup>10, 12</sup>.

La evolución del tratamiento sigue mediante el control con TAC<sup>4</sup>, en la paciente se resolvió a los 3 meses, pero pueden persistir, en ocasiones, más de 7 meses<sup>13</sup>.

Es importante descartar la presencia de trombofilias, ya que se asocian hasta en un 50% de las trombosis de la vena ovárica<sup>2, 4</sup>; en el caso presentado los estudios fueron negativos.

**Conflictos de interés:** no existen conflictos de interés.

## Bibliografía

1. Ortin X, Urriaga A, Espax RM et al. Postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost* 2005; 93: 1004-5.
2. 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: 312-3.
3. Royo P, Alonso-Burgos A, García-Manero M, Lecumberri R, Alcázar JL. Postpartum ovarian vein thrombosis after cesarean delivery: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 105.
4. Salazar R, Galera L, Pagadai A, Palomino S. Trombosis de la vena ovárica en el puerperio. *Prog Obstet Ginecol* 2004; 47: 196-9.
5. Satoh T, Oki A, Uno K, Sakurai M, Ochi H, Okada S. High incidence of silent venous thromboembolism before treatment in ovarian cancer. *Br J Cancer* 2007; 97: 1053-7.
6. Rattenhuber J, Schmalfeldt B, Fischer T, Schneider KT. Acute ovarian vein thrombosis in the third trimester. *Zentralbl Gynakol* 2006; 128: 366-8.
7. Calderwood CJ, Jamieson R, Greer IA. Gestational relate changes in the deep venous system of the lower limb on light reflection rheography in pregnancy and the puerperium. *Clin Radiol* 2007; 62: 1174-9.
8. Kolesnichenko AP, Gritsan GV, Gritsan AI, Skorobogatov Alu. Diagnostic and correction of thrombohemorrhagic impairments in patients with purulent-septic complications in obstetrics and gynecology. *Anesteziol Reanimatol* 2004; 4: 41-4.
9. Wiebe E, Guilbert E, Jacot F, Shannon C, Winikoff B. A fatal case of *Clostridium sordellii* septic shock syndrome associated with medical abortion. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 1142-4.
10. Rochelson B, Scher L, Warshawsky R, Simon D. Use of a temporary vena cava filter in a women with septic abortion and inferior vena cava thrombosis. A case report. *J Reprod Med* 2003; 48: 557-9.
11. Heavrin BS, Wrenn K. Ovarian vein thrombosis: a rare cause of abdominal pain outside the peripartum period. *J Emerg Med* 2008; 34: 67-9.
12. Prieto-Nieto MI, Perez-Robledo JP, Rodriguez-Montes JA, Garci-Sancho-Marin L. Acute apendicitis-like symptoms as inicial presentation of ovarian vein thrombosis. *Ann Vasc Surg* 2004; 18: 481-3.
13. Jacky E, Cambon D, Leng JJ, Cormier P, Baste JC. Thrombophlebitis of the ovarian veins. A case report. Review of the literature. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990; 85: 615-7.

-----

Currículum  
 [...]

*usted aprende  
 y usa lo aprendido  
 para volverse lentamente sabio  
 para saber que al fin el mundo es esto  
 en su mejor momento una nostalgia  
 en su peor momento un desamparo  
 y siempre siempre  
 un lío*

*entonces  
 usted muere.*

Mario Benedetti (1920-2009)

En: <http://www.poesia-inter.net/>; consultado el 26/8/2008