

Trabajos Originales

Trombosis de la vena ovárica. Serie de 3 casos en el Hospital Universitario de Cabueñes

Vigil Doblaz P ⁽¹⁾, de Brabandere CC ⁽²⁾, Pérez Martínez N ⁽¹⁾, Rodríguez-Vijande Alonso B ⁽¹⁾, Robles Marina V ⁽²⁾

⁽¹⁾ Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón, Asturias, España)

⁽²⁾ Servicio de Hematología, Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón, Asturias, España)

RESUMEN

Se presentan 3 casos de trombosis de la vena ovárica, uno en relación a cirugía pélvica y dos durante el postparto. La trombosis de la vena ovárica es una complicación rara, de presentación clínica inespecífica, lo que hace plantearse un diagnóstico diferencial con otras patologías más frecuentes (apendicitis, pielonefritis, etc), siendo la TAC el gold standard para su diagnóstico. El tratamiento más adecuado son los anticoagulantes.

PALABRAS CLAVE: trombosis, vena ovárica, anticoagulación, complicación.

ABSTRACT

We report 3 cases of ovarian vein thrombosis, one in relation with pelvic surgery and 2 during the postpartum period. The ovarian vein thrombosis is a rare complication, with inespecific symptoms, that is why it is obligatory to propose a differential diagnosis with more frequent pathologies (appendicitis, pyelonephritis, etc.), the CAT is the gold standard in its diagnosis. Anticoagulants are the most suitable treatment.

KEYWORDS: thrombosis, ovarian vein, anticoagulation, complication.

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la vena ovárica es una rara pero importante complicación que puede producirse en el puerperio, tras cirugía pélvica o en relación a otras entidades. Afecta principalmente a la vena ovárica derecha. Se manifiesta como un cuadro de fiebre elevada sin focalidad conocida y suele asociar dolor abdominal. Debido a su clínica inespecífica se puede confundir con otras patologías como endometritis, apendicitis, pielonefritis o abscesos tuboováricos. Actualmente su diagnóstico está en aumento, basado en una elevada sospecha y, sobre todo, en las pruebas de imagen, siendo la TAC de elección.

El tratamiento ha de iniciarse de manera precoz para evitar las posibles complicaciones, que son potencialmente graves.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1.

Mujer de 39 años multipara. Como antecedentes de interés, síndrome ansioso depresivo y apendicetomía por apendicitis aguda flemonosa el 31 de mayo de 2016. Ingresa el 29 de junio de 2016 por presentar, desde el alta, dolor abdominal intenso en epigastrio que se irradia de forma difusa a todo el abdomen sobretodo a los puntos de incisión de trócares de laparoscopia que no mejora tras la analgesia vía oral,

disuria y leucorrea amarillenta autolimitada los 15 días previos, sin fiebre ni otra clínica asociada. Presentaba exploración física anodina salvo dolor abdominal a la palpación difusa predominantemente en zonas de incisiones de laparoscopia previa. Pruebas complementarias incluida ecografía abdominal normales, por la persistencia del dolor que mejora parcialmente con opioides se decide realizar TC abdominal con contraste donde se observa ausencia de permeabilidad de la vena ovárica derecha compatible con trombosis de la misma. Se inicia tratamiento con Enoxaparina 80 mg cada 24 horas. Permanece ingresada durante una semana presentando buena evolución tras analgesia y anticoagulación con HBPM, decidiéndose alta con tratamiento anticoagulante durante 3 meses.

Caso 2.

Mujer de 45 años, puérpera de 6 días (parto eutócico el 19 de julio de 2016 con alumbramiento espontáneo), sin otros antecedentes de interés, que ingresa por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de tres días de evolución que se irradia a región lumbar ipsilateral y región periumbilical. Además, sensación distérmica con escalofríos, sin otra clínica acompañante. Tras 48h de tratamiento antibiótico sin mejoría, se realiza TAC abdominal donde se observa trombosis en vena gonadal derecha asociada a pseudomasa parauterina derecha con flujo doppler en su interior, compatible con anejo derecho aumentado de tamaño probablemente secundario a congestión vascular.

Se inicia tratamiento con enoxaparina 60 mg cada 12 horas (asociado a Ceftriaxona previa).

Al alta se recomienda anticoagulación con Tizaparina 10.000 unidades durante 24 horas durante un mes y posteriormente continuar con dosis de 4.500 UI cada 24 horas hasta completar 3 meses.

En noviembre se repite el TAC abdominal donde se observa la ausencia de la trombosis de la vena ovárica derecha. Se realiza un estudio de trombofilia que es negativo.

Caso 3.

Paciente de 34 años, tercigesta, con antecedente de 2 cesáreas (la primera realizada por sospecha de pérdida del bienestar fetal, con muerte neonatal posterior por infección. La segunda, electiva por antecedente anterior). Resto de antecedentes personales sin interés.

Es derivada desde otro hospital por sospecha de placenta previa en la semana 25 de gestación. Ante

sus antecedentes gineco-obstétricos, se decide control en consulta de Embarazo de Alto Riesgo.

En la primera ecografía realizada en nuestro servicio se confirma diagnóstico de placenta previa oclusiva total. Durante la ecografía reglada del tercer trimestre, se observan los siguientes hallazgos: placenta previa oclusiva total de predominio anterior, aunque también se extiende por cara posterior, presentando múltiples lagunas vasculares, con adelgazamiento miometrial y pérdida del halo subendometrial. Datos compatibles con acretismo placentario.

Ante sospecha de invasión placentaria de órganos vecinos (placenta pércrета), se decide realizar cesárea programada asociando histerectomía. En quirófano se lleva a cabo un abordaje multidisciplinar, realizando la cesárea mediante una histerotomía longitudinal en fondo uterino y sutura de la misma tras extraer el feto vivo, sin alumbramiento. Se procede a embolización de las arterias uterinas y posterior histerectomía, conservando ambos ovarios.

Durante la intervención, surgen complicaciones esperables de esta patología, precisando sutura de desgarró vesical e ingreso posterior en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por shock hemorrágico secundario a gran pérdida sanguínea durante la intervención, politrasfusión y síndrome coronario agudo.

Tras 11 días en UCI, es dada de alta a la planta, donde se continúa con su seguimiento.

Durante su ingreso, sufre otras complicaciones, que mejoran tras su adecuado tratamiento. En un TAC de control, se diagnostica de trombosis pulmonar y de vena ovárica derecha; hallazgos casuales, dado que la paciente se encontraba asintomática. Tras este diagnóstico, se inicia tratamiento antibiótico empírico y anticoagulación con Enoxaparina 60mg/12h subcutánea. Paulatinamente, se inicia tratamiento simultáneo con acenocumarol, manteniendo el tratamiento anticoagulante durante 6 meses y con controles en Servicio de Hematología.

DISCUSIÓN

La trombosis de la vena ovárica es una complicación rara, aunque severa y potencialmente mortal, del puerperio. Su incidencia es baja (1/600-1/2000 partos), la cual aumenta si el nacimiento se produce por cesárea. Principalmente ocurre en el postparto, por ser un periodo de alto riesgo trombogénico. También se relaciona con preeclampsia, hemorragia, infección pélvica, antecedente de cirugía pélvica, aborto inducido, gestación, estimulación ovárica,

trombofilias hereditarias, procesos neoplásicos y radioterapia pélvica.

La fisiopatología se basa en la Tríada de Virchow:

- Incremento de éstasis venoso por compresión de vasos pélvicos y vena cava por el útero.
- Daño endotelial secundario a trauma o infección.
- Hipercoagulabilidad: en el embarazo y puerperio se producen una serie de cambios fisiológicos que incluyen el aumento de los factores de la coagulación (VII, VIII, IX, X, XII, vWF y fibrinógeno) y disminución de la concentración de los anticoagulantes naturales (como la proteína S).

El 90% se produce en la vena ovárica derecha puesto que es más larga, tiene más válvulas que sirven de asiento al trombo y por la existencia de flujo anterógrado.

Para su diagnóstico es necesario un elevado índice de sospecha, ya que los síntomas y signos son muy inespecíficos, lo que hace plantearse un diagnóstico diferencial con otras entidades como endometritis, apendicitis aguda, pielonefritis aguda, torsión de ovario, hematoma del ligamento ancho o absceso tubo-ovárico. La sospecha se debería establecer ante fiebre de origen desconocido y persistente en la primera semana tras el factor desencadenante, a pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro. Puede asociar dolor en hemiabdomen inferior, localizado normalmente en el lado homolateral a la vena obstruida, que puede irradiar a zona lumbar, o localizarse únicamente en esta última.

En el 70% de los casos el hemograma presenta leucocitosis, y si se realizan hemocultivos, la mayoría serán negativos.

Las pruebas de imagen son de gran ayuda para el diagnóstico. La ecografía, es de gran utilidad por su alta disponibilidad, bajo coste y seguridad; tiene una sensibilidad del 52%, lo que hace necesaria la confirmación con otra prueba de imagen, como el TAC que sería la prueba de elección (sensibilidad y especificidad 100%) o la RMN (sensibilidad 92%). En ellas nos encontraremos con un alargamiento de la vena afectada, una masa de baja densidad en su interior y aumento de la densidad de la pared del vaso afecto (imágenes 1 y 2). Aunque el resultado de estas pruebas sea negativo, no se puede excluir el diagnóstico de trombosis de la vena ovárica.

La sospecha de esta entidad es clave para su diagnóstico y tratamiento precoz, y así poder prevenir posibles complicaciones como la migración del trombo, sepsis y tromboembolismo pulmonar, el cual es la primera causa de mortalidad materna durante el puerperio. Tiene una mortalidad del 3%.

El tratamiento consiste en anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular (HBPM). En aquellas paciente inestables que puedan ser potencialmente candidatas a cirugía o con insuficiencia renal severa, puede usarse la heparina no fraccionada en un bolo de 5000UI seguida de la infusión continua de 1000-1500UI hasta conseguir un tiempo de tromboplastina parcial 1.5-2 veces del valor basal.

Siempre que no existan contraindicaciones, se podría cambiar a anticoagulación oral con antivitamina K, manteniendo la terapia anticoagulante durante 3 a 6 meses.

Existe controversia entre los diferentes autores sobre la utilidad del tratamiento antibiótico. Algunos lo defienden, puesto que ayudan a prevenir una posible infección, mientras que otros sólo indican el antibiótico empírico hasta el diagnóstico definitivo y retirarlos tras el mismo, manteniendo únicamente el tratamiento anticoagulante. Existen varias pautas de tratamiento (Tabla 1). A pesar de que no existe acuerdo en la utilidad del tratamiento antibiótico, ni en su duración, en nuestros casos, se decidió iniciar antibiótico de amplio espectro con Cefuroxima, Gentamicina y Metronidazol antes del diagnóstico, los cuales se mantuvieron en vía oral tras el mismo hasta completar una semana. En los casos descritos, tras 48h de tratamiento antibiótico intravenoso, estaban apiréticas.

Tras lo anteriormente explicado, queremos comentar las dificultades encontradas durante el diagnóstico de nuestros casos:

- En los casos 1 y 2, las sospechas diagnósticas iniciales fueron procesos infecciosos; en la primera paciente en el contexto postquirúrgico de una apendicectomía, y en la segunda, se sospechaba una endometritis puerperal. Esto derivó en un retraso diagnóstico y en el empeoramiento clínico de ambas pacientes, por lo que se realizó un TAC abdomino-pélvico, obteniendo el diagnóstico definitivo y permitiendo el inicio del tratamiento con HBPM, evitando así las posibles complicaciones derivadas de esta patología.

- En cuanto al caso 3, es el más abigarrado y con más riesgos trombóticos. Aún así, la paciente estaba asintomática, por lo que queremos resaltar la importancia de tomar en consideración no sólo la clínica, que puede ser muy inespecífica e incluso inexistente, sino también los antecedentes y la presencia de factores de riesgo trombóticos para no desviarnos de la sospecha diagnóstica.

CONCLUSIONES

Aunque la trombosis de la vena ovárica sea una enfermedad infrecuente, es potencialmente grave e infradiagnosticada, por lo que es importante sospecharla ante una paciente, habitualmente en el postparto, que presente fiebre prolongada y dolor abdominal, sobretodo localizado en la fosa iliaca derecha. Para confirmarla, y realizar el diagnostico diferencial, se debe solicitar una prueba de imagen, siendo la tomografía axial computerizada el gold estándar, de esta manera podremos iniciar precozmente el tratamiento anticoagulante con heparinas de bajo peso molecular y evitar el posible desenlace fatal de esta rara patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tamara Palavecino, Raúl Torres, Nancy Quinteros, Hugo Salinas. Trombosis de la vena ovárica y vena cava inferior asociada a endometritis en el puerperio. *Progresos Obstetricia y Ginecología* 2010; 53(5): 206-208
2. Enrique Donoso, José Poblete, Mauricio Vargas. trombosis de la vena ovárica derecha post-parto vaginal. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología* 2002;67(4):314-317
3. Cristina del Valle Rubido, Juan Antonio Solano Calvo, Jerónimo González Hinojosa, Pedro Valenzuela Ruíz, Victoria Marcos González, Álvaro Zapico Goñi. Trombosis de vena ovárica izquierda posparto: revisión de la bibliografía basada en un caso clínico. *Ginecología y Obstetricia México* 2015; 83:499-504
4. E. García Vázquez, M. Molina Boix, R. Pérez Luján, J. Gómez Gómez. Trombosis séptica puerperal de la vena ovárica. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia* 2011;38(6):249-251
5. R. Salazar, L. Galera, A. Pagaldai, s. Palomino. Trombosis de la vena ovárica en el puerperio. *Progresos Obstetricia y Ginecología* 2004;47(4):196-9.
6. E. Alves Pereira, M. Ríos Prego, A. Velo García, R. Brea, A. Encabo, L. Anibarro García, M. Núñez Fernández. Trombosis de vena ovárica derecha en puerperio. Frecuencia, diagnóstico y tratamiento en un periodo de 10 años. *Revista clínica española* 2015;215 (Espec Congr):1321

Fig.1: TAC. Corte sagital



Fig.2: TAC. Corte coronal**Tabla 1: Tratamiento antibiótico empírico**

Tratamiento empírico gram – y anaerobios
Monoterapia con beta-lactámico/inhibidor beta-lactamasa
Ampicilina-Subactam (3g/6h)
Piperacilina-Tazobactam (4.5g/8h)
Ticarcilina-Clavulánico (3.1g/4h)
Ceftriaxona (1g/24h IV) + Metonidazol (500mg/8h IV)
Intolerancia a betalactámicos
Ciprofloxacino 400mg/12h IV o Levofloxacino 500mg/24h IV + Metronidazol (500mg/8h IV)
Monoterapia con carbapenem:
Imipenem (500mg/6h)
Meropenem (1g/8h)
Ertapenem (1g/24h)