

Trombosis venosa ovárica bilateral

Bilateral Ovarian Vein Thrombosis

Goyanarte B⁽¹⁾, Duarte P⁽¹⁾, Dupont J⁽¹⁾,
Fiorillo A⁽²⁾, López Saubidet C⁽³⁾

⁽¹⁾ Sección Hematología, Hospital CEMIC.

⁽²⁾ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital CEMIC.

⁽³⁾ Departamento de Medicina, Hospital CEMIC.

bgoyanarte@gmail.com

Fecha de recepción: 17/02/2016

Fecha de aprobación: 22/04/2016



IMÁGENES EN
HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA
Volumen 20 n° 2: 253 - 255
Mayo - Agosto 2016

Palabras clave: Trombosis venosa ovárica,
anticoagulación,
fiebre en puerperio.

Keywords: Ovarian vein thrombosis,
anticoagulation,
postpartum fever.

Resumen

La trombosis de la vena ovárica es una complicación infrecuente del puerperio que suele presentarse con dolor en hipogastrio, fiebre y masa palpable. La celeridad y el diagnóstico adecuado permiten evitar procedimientos invasivos innecesarios o potenciales complicaciones severas como sepsis o el tromboembolismo pulmonar. Presentamos el caso de una mujer que ingresó por fiebre, dolor en la fosa ilíaca derecha y vómitos al sexto día del puerperio, sin respuesta a tratamiento antibiótico empírico. Luego del diagnóstico de trombosis venosa ovárica bilateral, evolucionó favorablemente con tratamiento anticoagulante.

Abstract

Ovarian vein thrombosis is an uncommon postpartum complication that typically presents with pain in the lower abdomen, fever and a palpable mass. A fast and proper diagnosis can avoid unnecessary invasive procedures or potential severe complications such as sepsis or pulmonary embolism. We report the case of a woman who was admitted for fever, pain in the right lower abdomen and vomiting on the sixth postpartum day, with no response to empirical antibiotic treatment. After a diagnosis of bilateral ovarian vein thrombosis was made, she evolved favorably with anticoagulant therapy.

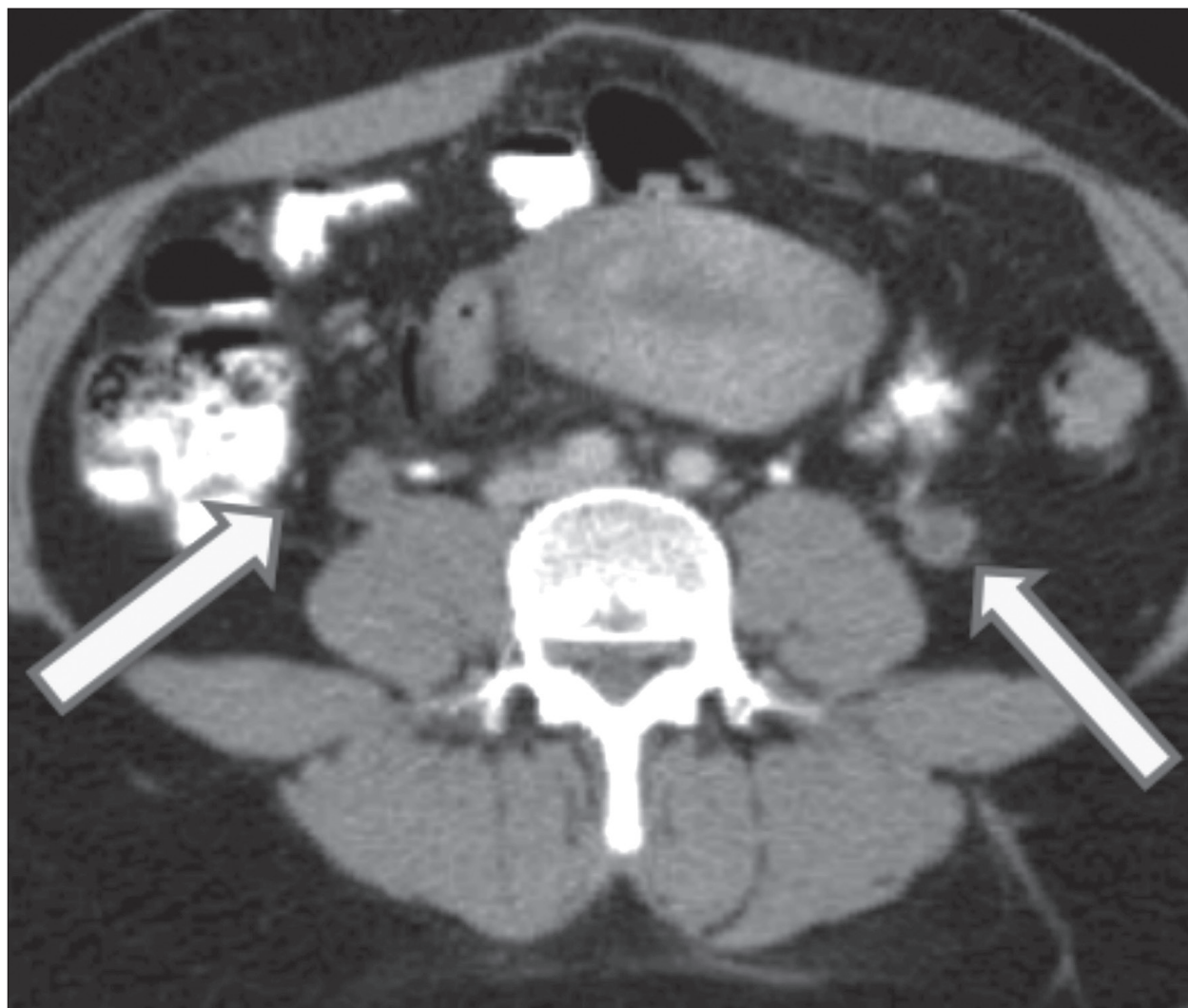


Figura 1: Tomografía computada de pelvis donde se observa trombosis en ambas venas ováricas

Caso Clínico

Se presenta el caso de una mujer de 34 años que, en 6to día de puerperio, ingresó por fiebre, dolor en fosa ilíaca derecha y vómitos de 48 hs de evolución. Al interrogatorio no presentaba antecedentes personales ni familiares relevantes. Respecto a sus antecedentes gineco-obstétricos, éste había sido su primer embarazo, que evolucionó sin complicaciones y el parto se realizó por cesárea. Laboratorio al ingreso: Hto 35%, Hb 12 g/dL, GB 14.7 K/uL, Plq 483 K/uL. La ecografía abdominal y de partes blandas evidenció una imagen hipoeoica de 10 x 4 mm a nivel de tejido celular subcutáneo superior a la cicatriz de cesárea, sin colección. Se inició antibioticoterapia empírica con piperacilina tazobac-

tam. Por persistencia de los registros febriles, a las 72 hs se realizó una tomografía de abdomen y pelvis con contraste, donde se constató trombosis ovárica bilateral (**Figura 1**). Posteriormente se realizó un ecodoppler transvaginal, observándose ambas venas ováricas con diámetro aumentado y disminución del flujo bilateral. Los resultados de los hemo y urocultivos fueron negativos. Se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis de 1 mg/kg cada 12 hs. La paciente evolucionó favorablemente, con mejoría de la curva térmica de manera gradual. Posteriormente comenzó anticoagulación oral con antagonistas de Ila vitamina K, con recanalización completa venosa a los 3 meses de tratamiento.

Comentarios

La trombosis venosa ovárica (TVO) es una condición infrecuente asociada al puerperio, con elevada morbilidad. Fisiopatológicamente se explicaría por el estado de hipercoagulabilidad asociado al embarazo, estasis venosa por compresión abdominal y el trauma endotelial durante el parto o inflamación local. En 80-90% de los casos afecta el lado derecho y es bilateral en hasta un 15% de los mismos. Fuera del embarazo ha sido comunicada en la enfermedad pélvica inflamatoria, neoplasias, enfermedad de Crohn y procedimientos quirúrgicos pélvicos. Otras condiciones de hipercoagulabilidad como lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico, presencia de factor V de Leiden, hemoglobinuria paroxística nocturna, hiperhomocisteinemia, deficiencia de proteína C y S y trombocitopenia inducida por heparina también serían factores de riesgo. El diagnóstico por imágenes puede realizarse por ecografía, tomografía o resonancia nuclear magnética con angiografía. Aunque se tiende a administrar empíricamente antibióticos con actividad frente a microorganismos causales de infecciones endometriales o de cérvix, la fiebre no cede hasta haber iniciado el tratamiento anticoagulante. La mejoría de la curva térmica, tal como ocurrió con nuestra paciente, puede presentarse gradual y lentamente. No está definido si la administración de antibióticos es necesaria, ni durante cuánto tiempo debe mantenerse la anticoagulación, pero en la práctica suele extenderse por 3 meses. Las complicaciones de la trombosis ovárica incluyen sepsis, extensión del trombo hasta vena cava inferior y venas renales o tromboembolismo pulmonar.

La TVO es una entidad de baja incidencia, pero potencialmente letal (5% de las pacientes). Debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de fiebre en el puerperio e iniciar rápidamente el tratamiento anticoagulante una vez confirmado el diagnóstico.

Declaración de conflicto de interés:

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Bibliografía

- * Arkadopoulos Nikolaos, Dellaportas Dionysios, Yiallourou Anneza, Koureas Andreas y Voros Dionysios. Ovarian vein thrombosis mimicking acute abdomen: a case report and literature review. *World Journal of Emergency Surgery* 2011;6:45.
- * Kominiarek Michelle A y Hibbard Judith U. Postpartum Ovarian Vein Thrombosis: An Update. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2006;61(5):337-42.
- * García-Vázquez E, Molina-Boix M, Pérez-Luján R y Gómez-Gómez J. Trombosis séptica puerperal de la vena ovárica. *Clin Invest Gin Obst*. 2011;38(6):249-51.