

## Casos Clínicos

# TROMBOSIS DE LA VENA OVÁRICA POSTCESÁREA

*Ernesto Perucca P.<sup>1</sup>, Eduardo Cuellar J.<sup>1</sup>, Nelson Ochoa C.<sup>1</sup>, Roberto Altamirano A.<sup>1</sup>, Paolo Ricci A.<sup>1</sup>, Sergio Álvarez V.<sup>a</sup>, Jessica Zamora F.<sup>a</sup>, Isabel Galleguillos F.<sup>a</sup>, Muschi Szigethi Q.<sup>a</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Barros Luco Trudeau

<sup>a</sup>Interno de Medicina, Universidad de Chile.

### RESUMEN

Informamos un caso clínico de trombosis de la vena ovárica derecha post-cesárea. Se discute los métodos diagnósticos, el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

**PALABRAS CLAVES:** *Trombosis de la vena ovárica, tratamiento anticoagulante, infección puerperal*

### SUMMARY

A case report of ovarian vein thrombosis after cesarean section is presented. The diagnostic method, the differential diagnosis and the treatment are discussed.

**KEY WORDS:** *Ovarian vein thrombosis, anticoagulant therapy, puerperal infection*

### INTRODUCCIÓN

Esta rara complicación fue descrita por primera vez por Austin en 1956 (1). Su prevalencia se estima entre 0,15 a 0,18% de las púerperas (2) y en las cesáreas que se infectan su incidencia oscila entre 1 a 2% (3). 70 a 90% de los casos se localiza en la vena ovárica derecha (4,5). Se presenta como un cuadro febril prolongado post parto que no cede con el tratamiento antibiótico habitual de infecciones puerperales (5). El diagnóstico diferencial incluye a entidades como la apendicitis, torsión anexial, hematoma del ligamento ancho, absceso tuboovárico, pielonefritis, etc (6). El modo de hacer el diagnóstico a progresado en las últimas décadas entre el diagnóstico presuntivo a un diagnóstico confirmatorio por imágenes debido al uso de la ultrasonografía, tomografía axial computarizada y resonancia nuclear magnética (7).

### CASO CLÍNICO

Paciente de 21 años, multípara de 2 partos vaginales, sin antecedentes mórbidos de importancia, que ingresa el 29 de diciembre de 2004, en fase activa del trabajo de parto, en presentación podálica, por lo que se realiza operación cesárea, sin incidentes, obteniéndose un recién nacido femenino de 3348 gramos con Apgar 9-9. Al segundo día de puerperio, comienza con un cuadro febril hasta 38° C axilar, asociado a loquios de mal olor, lo que se interpreta como endometritis, iniciándose tratamiento antibiótico con amoxicilina 500 mg cada 8 horas, más cloramfenicol 500 mg cada 8 horas, ambos por vía oral. Pese al tratamiento persistió con fiebre de hasta 39° C axilar, por lo que el 5 de enero de 2005 se decide cambiar a esquema de penicilina, quemeticina y gentamicina, por vía endovenosa. Al examen ginecológico

se describe: útero retraído, cuello permeable, loquios turbios de mal olor, anexos y parametrios libres; 48 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico endovenoso la paciente persiste febril, con temperaturas de hasta 39,2° C axilar, por lo que se cambia el tratamiento antibiótico a ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas ev y metronidazol 500 mg cada 8 horas ev. Se realizó estudio ultrasonográfico de pelvis que informa: imagen sólida con anillo central hipocogénico en región parauterina derecha, cuyas dimensiones eran 37 x 68 x 32 mm, no se observó líquido libre y el resto de los órganos ginecológicos estaban dentro de límites normales. Hasta el 11 de enero de 2005 persistió febril hasta 38° C axilar, sin otro síntoma, salvo que al examen físico se delimitaba en flanco derecho una masa de más o menos 6 cm, indolora, que sugería un plastrón apendicular. Se mantuvo el esquema antibiótico. Se solicitó tomografía axial computarizada que concluye trombosis de la vena ovárica derecha con imagen bien circunscrita retroperitoneal de 13 cm de largo por 3 cm de diámetro (Figura 1). Se comienza tratamiento anticoagulante con heparina 5000 U ev en bolo y luego 1000 U/hora. Se solicita estudio de trombofilia, y se realiza ecografía Doppler de vasos ováricos, cuyo informe refiere: dilatación y ocupación por material hipocogénico de la vena ovárica derecha, en toda su extensión, sin flujo, vena ovárica izquierda de calibre normal, permeable. Conclusión: trombosis de la vena ovárica derecha. Se mantiene heparina por 3 días obteniéndose TTPK sobre 3 veces la basal con traslape simultáneo a neositrom, planteándose terapia por 3 meses. Completó 7 días con ceftriaxona más metronidazol. El 18 de enero después de 7 días afebril y asintomática se da de alta con control en hematología y vascular periférico.

## DISCUSIÓN

Este caso clínico de trombosis de la vena ovárica derecha post-cesárea, se presentó como lo describe la literatura (4). Cuadro febril prolongado habitualmente post-cesárea, que no responde al tratamiento antibiótico habitual, con dolor localizado frecuentemente en fosa ilíaca derecha y que plantea el diagnóstico diferencial con apendicitis aguda. La tromboflebitis pelviana debe ser sospechada, en toda paciente con síndrome febril prolongado post-parto. Es infrecuente, pero es probable que exista un subdiagnóstico de esta complicación. El estudio por imágenes como la tomografía axial computada, la resonancia nuclear

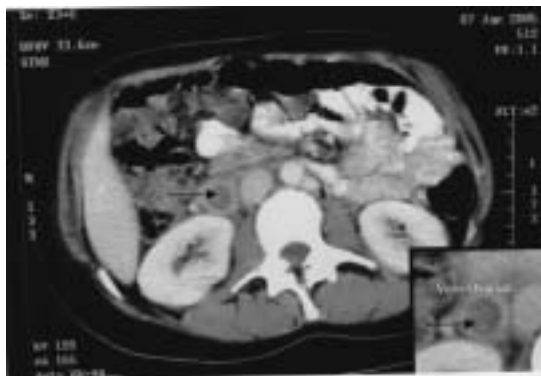


Figura 1. Tomografía axial computarizada que muestra (flecha) la trombosis de la vena ovárica derecha.

magnética y el Doppler de vasos pelvianos constituyen la herramienta principal en la comprobación de esta entidad y permite el diagnóstico diferencial, especialmente cuando se plantea la laparotomía exploradora por sospecha clínica de apendicitis aguda. Efectuado el diagnóstico e iniciado el tratamiento con heparina, la curva febril desciende rápidamente (8). En una publicación realizada en esta revista, a propósito de trombosis de vena ovárica derecha post-parto vaginal se revisaron las alternativas terapéuticas de esta entidad (9). Nos inclinamos por el tratamiento con heparina en bolo (5000 U) seguida por la infusión continua (1000 a 1500/hora) (10) y traslape a anticoagulación oral por 3 meses (11).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Austin OG. Massive thrombophlebitis of the ovarium vein. *Am J Obstet Gynecol* 1956; 72: 428-9.
2. Sherer D, Fern S, Mester J, Barnhard Y, Livon M. Postpartum ultrasonographic diagnosis of inferior vena cava thrombosis associated with ovarian vein thrombosis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 474-5.
3. Girano JB, Poulain P, Giono AR, Darnault JP, Proudhon JF, Grau JY. Diagnosis of post-partum ovarian vein thrombophlebitis by color Doppler ultrasonography: About 10 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 773-8.
4. Brown TK, Munsick RA. Puerperal ovarian vein thrombophlebitis: a syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 109: 263-73.
5. Munsick RA, Gillanders LA. A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. *Obstet Gynecol Surv* 1981; 36: 57-66.
6. Wittlin AG, Sibai BM. Post partum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: A report of 11 cases. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 775-80.
7. Savader BS, Otero RR, Savader BL. Puerperal

- 
- ovarian vein thrombosis: evaluation with CT, US and MR Imaging. *Radiology* 1988; 167: 637-9.
8. Brown CE, Stettler RW, Trivickler D, Cunningham EG. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: Incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 143-8.
  9. Donoso E, Poblete J, Vargas M. Trombosis de la vena ovárica derecha post-parto vaginal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002, 67(4): 314-7.
  10. Silverman NS. Septic pelvis thrombophlebitis. *Contemporary Obstet Gynecol* 1999; 9: 13-9.
  11. Toglia MR, Weg JG. Venous Thromboembolism during pregnancy. *N Engl J Med* 1996, 335: 108-14.
-