



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Trombosis venosa ovárica posparto: una causa inusual de fiebre puerperal



I.R. Monfort Ortiz^a, T. Lozoya Araque^{b,*}, A. Trelis Blanes^a, S. Monfort Pitarch^a,
V. Diago Almela^a y A. Perales Marín^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Manises, Manises, Valencia, España

Recibido el 13 de mayo de 2020; aceptado el 13 de agosto de 2020

Disponible en Internet el 16 de septiembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Trombosis;
Ovario;
Puerperio;
Endometritis

Resumen La trombosis de la vena ovárica posparto es una complicación rara e impredecible y que requiere un alto índice de sospecha clínica, cuyo diagnóstico y manejo precoces son esenciales, requiriendo un abordaje multidisciplinar, para evitar cirugías innecesarias y posibles complicaciones graves. Su presentación clínica habitual suele ser fiebre persistente y dolor abdominal, generalmente en la primera semana posparto. Revisamos 3 casos clínicos representativos, diagnosticados en nuestro centro entre 2014 y 2019, abordando los factores predisponentes, diagnóstico, manejo y evolución de estas pacientes.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Thrombosis;
Ovary;
Puerperium;
Endometritis

Postpartum ovarian venous thrombosis: An unusual cause of puerperal fever

Abstract Postpartum ovarian vein thrombosis is a rare and unpredictable complication that requires a high index of clinical suspicion. Its early diagnosis and management, with a multidisciplinary approach, are essential in order to avoid unnecessary surgeries and possible serious complications. Its usual clinical presentation is often persistent fever and abdominal pain, generally in the first week postpartum. A report is presented on three representative cases that were diagnosed in our centre between 2014 and 2019, presenting predisposing factors, diagnosis, management, and outcome of these patients.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: telozoar@gmail.com (T. Lozoya Araque).

Introducción

La trombosis de la vena ovárica posparto (TVOP) es una complicación poco frecuente (un 0,02-0,18% en partos vaginales y hasta un 2% en cesáreas) pero potencialmente grave^{1,2}. Suele presentarse como fiebre, dolor pélvico y masa abdominal (generalmente derecha), siendo menos frecuentes otras presentaciones clínicas como, por ejemplo, vómitos o taquicardia³. El diagnóstico precoz y manejo adecuado son de vital importancia para resolver el cuadro y evitar complicaciones.

Entre 2014 y 2019 se atendieron en nuestro centro un total de 29.000 partos, diagnosticándose 8 casos de TVOP (1 caso cada 3600 partos). Presentamos una serie de 3 casos de TVOP, por ser los más representativos, valorando el diagnóstico diferencial y el manejo más adecuado.

Caso 1

Paciente de 32 años, primigesta, fumadora de 10 cigarrillos al día e índice de masa corporal de 29 kg/m² que tras parto eutócico y extracción manual de placenta consulta a los 4 días posparto por fiebre y dolor en fosa iliaca derecha. La exploración ginecológica fue normal. La analítica sanguínea evidenció una proteína C reactiva elevada y leucocitosis con neutrofilia.

La ecografía mostró un área heterogénea a nivel paraneaxial derecho, de contenido ecogénico, por probable proceso infeccioso o inflamatorio, de 33 × 21 mm, ante lo que se planteó el diagnóstico diferencial entre apendicitis aguda y absceso tubo-ovárico, por lo que ingresó para tratamiento con amoxicilina-clavulánico y evolución. Los hemocultivos, cultivos genitales y urinocultivo fueron negativos. El estudio anatomopatológico de la placenta remitida no mostró hallazgos relevantes.

Tras 3 días, la paciente comenzó nuevamente con fiebre; se pautó entonces meropenem y se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica, que informó de TVOP derecha con extensión a vena cava inferior e infarto renal derecho (fig. 1), añadiéndose al tratamiento enoxaparina.

En la TC de control toracoabdominopélvica la TVOP no presentó cambios significativos y se descartó un tromboembolismo pulmonar; se colocó entonces un filtro de vena cava superior para evitar esta complicación.

La paciente permaneció asintomática y recibió el alta a los 18 días. Tras 3 meses se retiró el filtro de vena cava, se solicitó estudio de trombofilias, siendo negativo, y se pautó anticoagulación oral 12 meses hasta que la TC objetivó una resolución completa del cuadro.

Caso 2

Paciente primigesta de 28 años, sin antecedentes de interés, con cesárea por parto estacionado, hemorragia posparto resuelta con uterotónicos y evolución satisfactoria. El tratamiento preventivo de enfermedad tromboembólica con heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas se instauró a las 48 h de la cesárea dado el riesgo de hemorragia, hasta completar 10 días tras la cesárea. La paciente acudió a urgencias tras 7 días por dolor lumbar derecho sin fiebre.



Figura 1 TC abdominopélvica con contraste. Se observa aumento del tamaño de la vena ovárica derecha y defecto de repleción de su luz, hasta la desembocadura en la vena cava inferior, secundario a TVOP derecha.

En la exploración física, la puñopercusión lumbar derecha resultó positiva, y la analítica mostró leucocitosis con desviación izquierda y D-dímeros elevados. El sedimento de orina objetivó leucocituria y ausencia de nitritos.

La ecografía evidenció una hidronefrosis derecha, ante lo que se solicitó una TC abdominopélvica que descartó una posible litiasis renal, pero mostró una estructura tubular tortuosa desde el ovario derecho a vena cava inferior, compatible con TVOP derecha, y confirmó la hidronefrosis derecha, probablemente debido a la compresión extrínseca del uréter por la TVOP ipsilateral. Se ingresó y se pautó enoxaparina y cefuroxima; la evolución fue satisfactoria, recibiendo el alta a los 10 días.

Ambulatoriamente, se cambió a anticoagulación oral y el estudio de trombofilias resultó negativo. La ecografía a los 6 meses fue normal, finalizándose el tratamiento definitivamente.

Caso 3

Paciente de 38 años sin otros antecedentes de interés que tras cesárea electiva sin incidencias por 2 cesáreas anteriores y tromboprofilaxis con enoxaparina según protocolo, acudió al 9.º día por fiebre, dolor abdominal y cefalea. La analítica evidenció una proteína C reactiva elevada y leucocitosis con desviación izquierda; la TC cerebral descartó una meningitis postepidural.

Ante la ausencia de mejoría se solicitó una TC abdominopélvica, que mostró una TVOP derecha, hidronefrosis derecha y restos placentarios intrauterinos.

Tras un legrado evacuador, presentó un sangrado que precisó uterotónicos y transfusión, con cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa*.

Ante el riesgo de hemorragia no se pudo administrar inicialmente dosis plenas de anticoagulantes, así que se colocó un filtro de vena cava superior.

El tratamiento consistió en meropenem y linezolid, y ya sin riesgo de hemorragia, también enoxaparina.

La paciente presentó mejoría progresiva, siendo dada de alta tras 27 días.

Se retiró el filtro de vena cava, se cambió a anticoagulantes orales y se realizó un estudio de trombofilias, diagnosticándose un síndrome antifosfolípido. La TC de control a los 3 meses objetivó una trombosis crónica residual ya conocida con cambios fibrosos perivasculares, por lo que se retiró la anticoagulación y se pautó ácido acetilsalicílico crónico.

Discusión

La TVOP es una complicación rara y potencialmente mortal de difícil diagnóstico que requiere un alto nivel de sospecha clínica⁴. Habitualmente tiene lugar los primeros días posparto, pudiendo aparecer incluso 4 semanas después^{3,5}. En nuestros casos, la presentación de la clínica transcurrió entre el 4.º y el 9.º día posparto. Es más frecuente en el parto por cesárea^{1,2}, y así lo confirmaron nuestros casos, ocurriendo 2 de ellos tras esta cirugía.

La vena comprometida es la vena ovárica derecha en el 90% de los casos, debido a las diferencias anatómicas entre la vena ovárica derecha (más larga y tortuosa, desembocando en la vena cava inferior) y la vena ovárica izquierda (con desembocadura en la vena renal izquierda)⁶, a la dextrotorsión del útero puerperal que puede comprimir la vena y a la posible incompetencia valvular de la misma⁷. En todos nuestros casos la trombosis tuvo lugar en la vena ovárica derecha.

Como factores predisponentes, encontramos la estasis venosa por la compresión uterina, la hipercoagulabilidad propia del puerperio o una posible infección (como una endometritis puerperal), entre otros⁷. En concordancia con ello, nuestro caso 3 precisó un legrado ante la persistencia de restos placentarios y endometritis. Por otro lado, las trombofilias pueden ser un factor predisponente para esta entidad; hasta en el 50% de los casos puede haber una trombofilia subyacente^{2,8}. Así, en nuestro caso 3, se confirmó el diagnóstico de un síndrome antifosfolípido tras el episodio.

Su sintomatología es inespecífica (fiebre y dolor abdominal), siendo en muchas ocasiones infradiagnosticada, confundida o encontrada en la búsqueda de otras entidades, como apendicitis aguda, pielonefritis aguda, endometritis, absceso pélvico...^{2,4} En nuestros casos, el dolor abdominal fue el síntoma común, y 2 de ellos presentaron fiebre.

Entre las complicaciones más frecuentes encontramos el tromboembolismo pulmonar (en el 25% de los casos, con mortalidad del 4%), así como abscesos ováricos, compresión ureteral con hidronefrosis y sepsis^{1,9,10}. Ninguno de nuestros casos desarrolló un tromboembolismo pulmonar ya que en el caso 2 se instauró tratamiento anticoagulante y en los casos 1 y 3 se colocó un filtro de vena cava. Este es útil en los casos en los que existe riesgo de hemorragia y por tanto la

anticoagulación esté contraindicada y se tenga que diferir¹⁰. Observamos también que nuestro caso 2 tuvo también una hidronefrosis ipsilateral por la compresión ureteral.

En cuanto al diagnóstico, la ecografía es generalmente la primera prueba de imagen realizada, al ser accesible, barata e inocua, pero el diagnóstico no siempre es fácil, pues presenta una sensibilidad del 56% y tiene limitaciones (como la obesidad). La resonancia magnética y la TC con contraste presentan buena sensibilidad y especificidad, pero la TC es más costoefectiva, por lo que, ante la sospecha de esta patología, la TC parece ser la prueba de elección^{1,2}.

El manejo es multidisciplinar, con antibióticos 7-10 días (especialmente si existe sospecha de endometritis y tromboflebitis séptica) y anticoagulación, que supone la base del tratamiento². Así, en nuestros casos observamos la persistencia de picos febriles hasta añadir la anticoagulación. Respecto a la duración de la anticoagulación, no hay recomendaciones específicas, pero la bibliografía indica que 3 meses (pudiendo ser necesarios 6 meses según la extensión del trombo o la existencia de trombofilias) parece ser razonable⁴. En nuestros casos, el Servicio de Hematología mantuvo la anticoagulación según el caso hasta objetivar en las pruebas de imagen la resolución del trombo, pautándose un tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en el caso 3, en que se diagnosticó una trombofilia. El anticoagulante de elección suele ser la heparina de bajo peso molecular, con posibilidad de cambiar a anticoagulantes orales (warfarina), aunque esto último es controvertido, principalmente con los anticoagulantes orales de nueva generación^{4,10}. Por último, en el seguimiento nosotros realizamos un despistaje de trombofilias; en este sentido hay datos controvertidos: si la TVOP es el único elemento que indica hipercoagulabilidad, el screening sistemático no sería necesario¹⁰.

El riesgo de recurrencia no está bien establecido, aunque en pacientes que han sufrido un episodio de trombosis profunda sería adecuada la anticoagulación en sucesivas gestaciones y 6 semanas posparto^{3,10}.

En conclusión, nos encontramos ante una patología con complicaciones graves, que requiere un alto índice de sospecha; ante la persistencia de la fiebre y el dolor abdominal tras 48-72 h de tratamiento antibiótico en una paciente puerpera, se debería solicitar una prueba de imagen que ayude al diagnóstico precoz de esta entidad y así establecer el manejo y control más adecuados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

No se ha recibido ningún tipo de financiación en el presente trabajo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Khalid S, Khalid A, Daw H. A case of postpartum ovarian vein thrombosis. *Cureus*. 2018;10:e2134, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.2134>.
2. Kodali N, Veytsman I, Martyr S, Lu K. Diagnosis and management of ovarian vein thrombosis in a healthy individual: A case report and a literatura review. *J Thromb Haemost*. 2017;15:242–5.
3. Dessole S, Capoblanco G, Arru A, Demurtas P, Ambrosini G. Postpartum ovarian vein thrombosis: An unpredictable event: Two cases reports and review of literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;267:242–6.
4. Donoso SE, Poblete LJ, Vargas LM. Trombosis de la vena ovárica derecha postparto vaginal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67:314–7.
5. Al-toma A, Heggelman BG, Kramer MH. Postpartum ovarian vein thrombosis: Report of a case and review of the literature. *Neth J Med*. 2003;61:334–6.
6. Lenz CJ, Wysokinski WE, Henkin S, Cohoon KP, Casanegra A, Simmons BS, et al. Ovarian vein thrombosis. Incidence of recurrent venous thromboembolism and survival. *Obstet Gynecol*. 2017;130:1127–35.
7. Munsick RA, Gillanders LA. A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. *Obstet Gynecol Surv*. 1981;36:57–66.
8. Salomon O, Apter S, Shaham D, Hiller N, Bar-Ziv J, Itzchak Y, et al. Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost*. 1999;82:1015–9.
9. Plastini T, Henry D, Dunleavy K. Ovarian vein thrombosis: To treat or not to treat? *Blood Adv*. 2017;1:1120–3.
10. Dougan C, Phillips R, Harley I, Benson G, Anbazhagan A. Postpartum ovarian vein thrombosis. *Obstet Gynecol*. 2016;18:291–9, <http://dx.doi.org/10.1111/tog.12295>.