Casos Clínicos

TROMBOSIS DE LA VENA OVARICA DERECHA POSTPARTO VAGINAL*

Drs. *Enrique Donoso S., José Poblete L., Mauricio Vargas L.*

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de trombosis de la vena ovárica derecha postparto vaginal. Se analizan los métodos de diagnóstico por imágenes, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y la trombopprofilaxis en una futura gestación.

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

SUMMARY

A case report of right ovarian vein thrombosis after vaginal delivery is presented. It's analyse including diagnostic methods by images, the differential diagnosis, the therapy and the thromboprophylaxis for a future gestation.

KEY WORDS: *Ovarian vein thrombosis, anticoagulant therapy, thrombophilias*

INTRODUCCION

La trombosis de las venas ováricas es una complicación grave del puerperio y potencialmente fatal. Su incidencia es de 1 por 596 a 2.019 partos y generalmente compromete la vena ovárica derecha (1, 2, 3). Previo al desarrollo de los métodos diagnósticos no invasivos, muchas pacientes eran intervenidas con el diagnóstico de apendicitis aguda. Actualmente, los métodos de diagnóstico por imágenes (4), tales como la ultrasonografía, la tomografía axial computada y la resonancia nuclear magnética, evitan laparotomías innecesarias y permiten iniciar un efectivo tratamiento basado en la anticoagulación y los antibióticos. A continuación se presenta un caso clínico de trombosis de la vena ovárica derecha postparto vaginal, con el enfrentamiento diagnóstico y terapéutico actual.

CASO CLINICO

Paciente de 32 años, multipara de 2 partos vaginales, sin antecedentes mórbidos de importancia y con embarazo de evolución fisiológica. Exámenes de laboratorio en rangos de normalidad. Cultivo vaginal negativo para Estreptococo grupo B. Ingresa en trabajo de parto con 3 cm de dilatación a las 6:00 horas del 17 de enero del 2002. Se efectuó rotura artificial de las membranas ovulares a las 8:35 horas, con 8 cm de dilatación. Una hora más tarde se asiste parto vaginal espontáneo de recién nacido masculino de 3.895 gramos, Apgar 9 a los 5 minutos de vida. El alumbramiento fue espontáneo con revisión instrumental de la cavidad uterina. A las 36 horas postparto, presentó alza térmica de 39,5° C que se controla con 500 mg de acetaminofeno. Dada de alta a las 48 horas postparto, asintomática y con examen físico normal. En la

*Trabajo recibido en septiembre de 2002 y aceptado para publicación por el Comité Editor en octubre de 2002.

tarde de ese día presentó nueva alza térmica de 39° C, iniciándose tratamiento antibiótico por vía oral (ampicilina 2 g/día y cloramfenicol 2 g/día). A las 48 horas de tratamiento, la paciente fue hospitalizada por persistencia del síndrome febril y algia moderada en flanco y fosa ilíaca derecha. Al ingreso estaba afebril, normotensa, eupneica, pulso de 88 por minuto, en buen estado general, con dolor a la palpación superficial y profunda en la fosa ilíaca derecha, sin masa abdominal palpable y Blumberg positivo. El examen ginecológico reveló adecuada involución uterina, sin evidencias clínicas de endometritis. Con el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda se solicitó TAC abdomino-pélvico, que reveló como único hallazgo la trombosis de la vena ovárica derecha, sin compromiso de la vena cava inferior (Figura 1).

Se solicitó estudio completo de trombofilias (antitrombina III, proteína C, resistencia a la proteína C activada, proteína S, anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y pesquisa de la mutación G20210A) y se inició tratamiento anticoagulante con heparina sódica 5.000 U en bolo y 800 U/hora en infusión continua, hasta alcanzar un tiempo de tromboplastina parcial activada (TPPA) de anticoagulación con 1.300 U/hora; simultáneamente se administró tratamiento antibiótico parenteral triasociado (penicilina sódica 16 millones UI/día, que-micetina 3 g/día y gentamicina 240 mg/día). Al inicio del cuarto día de tratamiento la paciente estaba afebril, con abolición del Blumberg y solo leve molestia en fosa lumbar derecha. Se cambió el tratamiento por antibióticos orales (ampicilina 2 g/día, cloramfenicol 2 g/día) y anticoagulación oral con acenocumarol. Al tercer día de anticoagulación oral el INR estaba entre 2 y 3, la heparina fue suspendida y se otorgó el alta con prolongación del tratamiento antibiótico hasta completar 10 días. El estudio de trombofilia identificó la presencia de inhibidor de tipo lúpico, por lo que se mantuvo la anticoagulación oral hasta completar 6 meses de tratamiento.

DISCUSION

El caso presentado es característico de trombosis de la vena ovárica derecha, por presentar los siguientes elementos clínicos: síndrome febril en los primeros 7 días postparto, sin respuesta clínica al tratamiento antibiótico, con dolor progresivo en flanco y fosa ilíaca derecha. El diagnóstico por imágenes fue típico de esta complicación y permitió iniciar tratamiento médico, evitando una laparotomía. La curva térmica descendió en lisis, alcanzando la apirexia al inicio del cuarto día de tratamiento

Figura 1. Tomografía axial computada: las flechas muestran dos ramas trombosadas de la vena ovárica derecha y la vena cava inferior sin evidencias de trombosis.

anticoagulante, con desaparición del dolor pélvico.

El embarazo es un reconocido factor de riesgo de trombosis, dado el aumento del éstasis venoso secundario a la compresión de los vasos pélvicos por el útero grávido, la intensa actividad trombo-plástica de la placenta y del líquido amniótico y el aumento de los factores de coagulación de origen hepático (5). Si a esta natural actividad protrombótica se agregan otros factores de riesgo como cesárea, infección puerperal, obesidad, insuficiencia venosa profunda, inmovilidad o patologías de la coagulación como las trombofilias, se configurará una paciente de alto riesgo de fenómenos trombo-embólicos que pueden derivar en la muerte materna.

En países desarrollados, el tromboembolismo pulmonar es la segunda causa de muerte materna con recién nacido vivo (6). Se estima que un 20% de las pacientes con trombosis venosa profunda no tratada desarrollará embolia pulmonar, el 15% fallecerá y dos tercios de estas muertes ocurrirán en los primeros 30 minutos de ocurrida la complicación (7). En la trombosis de la vena ovárica derecha, el riesgo de embolia pulmonar se establece por extensión del trombo a la vena cava inferior, de ahí que este vaso deba ser siempre explorado y la ultrasonografía es un valioso aporte al diagnóstico (8, 9).

Los síntomas y signos dados por la trombosis de la vena ovárica derecha se pueden confundir con apendicitis aguda, pielonefritis aguda, absceso tubo-ovárico, torsión anexial, hematoma del ligamento ancho o tumor ovárico complicado. De ahí que los métodos diagnósticos no invasivos sean fundamentales para establecer el diagnóstico diferencial. En un estudio prospectivo efectuado en 64 púerperas con síndrome febril prolongado y refrac-

tarias al tratamiento antibiótico, se les realizó ultrasonografía, resonancia magnética y tomografía axial computada; la ultrasonografía identificó la trombosis de la vena ovárica derecha en el 52%, mientras que la tomografía computada identificó el 100% y la resonancia magnética el 92% de los casos (10). Sin embargo, la ultrasonografía aumenta significativamente su capacidad diagnóstica si es realizada por expertos que tienen presente el cuadro clínico al momento de la exploración (11).

Efectuado el diagnóstico e iniciado el tratamiento, la respuesta clínica habitualmente es rápida. Sin embargo, un estudio de 11 puérperas con trombosis de las venas ováricas postparto vaginal reveló que ninguna paciente estuvo afebril en las primeras 24 horas de tratamiento, 2 pacientes normalizaron su temperatura a las 48 horas y el resto en un promedio de 6,8 días, con un rango de 4 a 18 días y una mediana de 5 días (12); en el caso actual la apirexia se logró al inicio del cuarto día de tratamiento.

El síndrome febril prolongado postparto, ha sido empíricamente tratado con heparina, obteniendo habitualmente un rápido descenso de la curva febril. Estudios prospectivos no apoyan esta impresión clínica, ya que el tiempo requerido para lograr la apirexia con anticoagulación no es significativo, comparando con el uso exclusivo de antibióticos de amplio espectro (13).

Antes de iniciar el tratamiento anticoagulante se debe solicitar estudio de trombofilias. Un análisis clínico retrospectivo efectuado en 22 pacientes con documentación objetiva de trombosis ovárica postparto, reveló que el 50% eran portadoras de algún tipo de trombofilia (14); en el caso presentado se demostró la presencia de anticoagulante lúpico.

En la trombosis de la vena ovárica, los estudios coinciden que el tratamiento de primera línea es la heparina no fraccionada, con discrepancias en el uso y duración de la anticoagulación oral. El esquema clásico es el uso de un bolo de 5.000 U de heparina, seguida por la infusión continua e 1.000 a 1.500 U/hora hasta obtener un TTPA de 1,5 a 2 veces del valor basal, hasta completar 7 días de apirexia (15). La controversia se establece en la necesidad de anticoagulación oral y el tiempo de uso; algunos no la recomiendan por falta de evidencias que apoyen ese tratamiento (15), mientras que otros la aconsejan por un mínimo de 6 semanas (16), como también por 3 meses (17). La anticoagulación oral prolongada (6 meses) está indicada en los casos de embolia pulmonar, en la extensión del coágulo a la vena cava inferior (15), al compromiso de la vena renal izquierda (18) y en las trombofilias (19).

Otra interrogante planteada, es la necesidad de profilaxis anticoagulante en futuras gestaciones. Un estudio prospectivo, efectuado en embarazadas con historia de tromboembolismo anterior, demostró que no hubo recurrencia en aquellos casos con riesgo temporal y sin evidencias de trombofilia (20). En el caso presentado, la paciente es portadora de un síndrome antifosfolípidos que debutó con trombosis de la vena ovárica derecha, por lo que en una próxima gestación además del uso de Aspirina® deberá ser anticoagulada precozmente (21).

CONCLUSIONES

1. Tener presente la posibilidad de trombosis postparto de la vena ovárica derecha, en los casos de síndrome febril prolongado con dolor en fosa ilíaca derecha, que se presentan en la primera semana del puerperio.
2. Efectuar diagnóstico diferencial por imágenes, especialmente si se plantea el diagnóstico de apendicitis aguda.
3. Anticoagular con heparina no fraccionada hasta completar 7 días de apirexia.
4. Estudiar la presencia de trombofilias.
5. Anticoagulación oral prolongada por 6 meses, en los casos de embolia pulmonar, trombosis de vena cava inferior, trombosis de vena renal izquierda y en trombofilias.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown TK, Munsick RA: Puerperal ovarian vein thrombophlebitis: A syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 109: 263-6.
2. Munsick RA, Gillanders LA: A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. *Obstet Gynecol Surv* 1981; 36: 57-61.
3. Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN: Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: A review. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46: 415-27.
4. Savader SJ, Otero RR, Savader VL: Puerperal ovarian vein thrombosis: evaluation with CT, US and MR imaging. *Radiology* 1988; 167: 637-9.
5. Romero R, Oyarzún E, Enríquez R: Alteraciones de la coagulación durante el embarazo. En: Pérez-Sánchez, Donoso E (eds). *Obstetricia*. Cap. 42. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 1999
6. Berg CJ, Atrash HK, Koonin LM, Tucker M: Pregnancy related mortality in the United States, 1987-1990. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 161-7.
7. Witlin AG, Sibai BM: When a pregnant patient has a thromboembolism? *Contemporary Obstet Gynecol* 1996; 41: 88-98.
8. Sherer DM, Fern S, Mester J, Barnhard Y, Divon MY: Postpartum ultrasonographic diagnosis of inferior

- vena cava thrombus associated with ovarian vein thrombosis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 474-5.
9. Lee EH, Im CY, Kim JW: Ultrasound diagnosis of postpartum ovarian vein thrombosis: case report. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18: 384-6.
 10. Twickler DM, Setiawan AT, Evans RS, Erdman WA, Stettler RW, Brown CE, Cunningham FC: Imaging of puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT and sonography. *Am J Roentgenol* 1997; 169: 1039-43.
 11. Giraud JR, Poulalion P, Renaud-Giono A, Darnault JP, Proud'hon JF, Grall JY, Mocquet PY: Diagnosis of postpartum ovarian vein thrombophlebitis by Doppler ultrasonography: about 10 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 773-8.
 12. Witlin AG, Sibai BM: Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report of 11 cases. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 775-80.
 13. Brown CE, Stettler RW, Twickler D, Cunningham FG: Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 143-8.
 14. Salomon O, Apter S, Hiller N, Bar-Ziv J, Itzchak Y, Gitel S, Rosenberg N, Strauss S, Kaufman N, Seligsohn U: Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost* 1999; 82: 1015-19.
 15. Silverman NS: Septic pelvic thrombophlebitis. *Contemporary Obstet Gynecol* 1999; 9: 13-19.
 16. Gastillon JM, Bongain A, Hassen-Khodja R, Persch M, Isnard V, Ibghi W, Gillet JY: Thrombophlebitis of the ovarian vein. New therapeutic approach. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1993; 88: 509-13.
 17. Toglia MR, Weg JG: Venous thromboembolism during pregnancy. *N Engl J Med* 1996; 335: 108-14.
 18. Bahnson RR, Wendt EF, Vogelzang RL: Renal vein thrombosis following puerperal vein thrombophlebitis. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 290-1.
 19. Friederich PW, Sanson BJ, Simioni P, Huisman MV, Kindt I, Prandoni P, Buller HR, Girolami A, Prins MH: Frequency of pregnancy-related venous thromboembolism in anticoagulant factor deficient women: implications for prophylaxis. *Ann Intern Med* 1996; 125: 955-60.
 20. Brill-Edwards P, Ginsberg JS, Gent M, Hirsh J, Burrows R, Kearon C, Couture G: Safety of withholding heparin in pregnant women with a history of venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2000; 343: 1439-44.
 21. Levine JS, Branch DW, Rauch J: The antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med* 2002; 356: 752-63.
-