



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Trombosis venosa ovárica bilateral idiopática

M. Sánchez Pascual^{a,*}, J.L. Lobato Miguez^a, E. Larrazabal Echevarría^b
y M. López Valverde^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Recibido el 24 de abril de 2012; aceptado el 29 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Trombosis de la vena
ovárica;
Dolor abdominal;
Tratamiento
anticoagulante

KEYWORDS

Ovarian vein
thrombosis;
Abdominal pain;
Anticoagulant
therapy

Resumen La trombosis de la vena ovárica es una afección poco frecuente asociada a estados de hipercoagulabilidad, generalmente en el período puerperal. Presentamos un caso de trombosis bilateral idiopática de la vena ovárica en una mujer con dolor abdominal bajo.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Idiopathic bilateral ovarian vein thrombosis

Abstract Ovarian vein thrombosis is an uncommon condition associated with hypercoagulated status, generally in the puerperal period. We report a case of idiopathic bilateral ovarian vein thrombosis in a woman with lower abdominal pain.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La trombosis de la vena ovárica fue descrita por primera vez en 1956 por Austin¹. Es una entidad rara, potencialmente fatal, que casi siempre se relaciona con el embarazo, especialmente con el puerperio. Se estima que afecta al 0,15% de las púerperas, siendo más frecuente después de una cesárea. Ocasionalmente también se ha diagnosticado en relación con la enfermedad inflamatoria pélvica, la cirugía ginecológica y los tumores malignos. El diagnóstico puede resultar difícil y frecuentemente se confunde con

otras enfermedades más comunes, aunque las actuales técnicas de imagen nos ofrecen una alta sensibilidad. Presentamos un caso de trombosis gonadal bilateral no relacionada con el puerperio.

Caso clínico

Mujer de 38 años de edad que acude a Urgencias refiriendo dolor abdominal de predominio en el hipogastrio y la fosa iliaca derecha de varios días de evolución que ha aumentado de intensidad en las últimas horas. No tenía antecedentes medicoquirúrgicos de interés. Como antecedentes ginecoobstétricos refería un parto vaginal hacía 10 años y una cesárea hacía 6 años.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maritxu.1985@hotmail.com
(M. Sánchez Pascual).

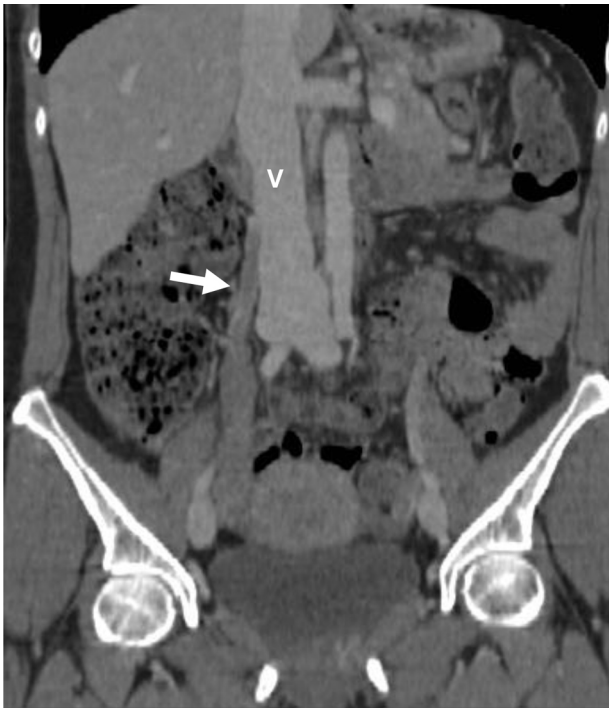


Figura 1 Reconstrucción de la curva en plano coronal de la TAC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portovenosa. Ausencia de contraste en el interior de la vena gonadal derecha y un cierto grado de peritonismo en el hemiabdomen inferior.

La exploración general y las constantes vitales eran normales, aunque la paciente refería febrícula en su domicilio y la toma de un antitérmico. En la exploración ginecológica presentaba un dolor selectivo en la región anexial derecha y un cierto grado de peritonismo en el hemiabdomen inferior.

En la analítica de rutina inicial no presentaba alteración de ningún parámetro. La ecografía ginecológica con sonda vaginal no evidenció alteraciones de los genitales internos ni la presencia de líquido libre en la cavidad peritoneal. Ante la escasez de hallazgos clínicoanalíticos y la severidad del dolor se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica que informa como único hallazgo de una trombosis gonadal bilateral (figs. 1 y 2).

Tras la toma de muestras para el cultivo vaginal y endocervical la paciente ingresa, instaurándose un tratamiento a base de analgésicos, una antibioterapia intravenosa de amplio espectro y una anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas.

La evolución fue favorable presentando una rápida mejoría de su sintomatología dolorosa. El resultado de los cultivos y el estudio de trombofilias realizado por el Servicio de Hematología fueron negativos. El estudio Doppler de los territorios venosos pélvicos y de extremidades inferiores no reveló alteraciones.

Tras realizar una TAC de control que informa de unas venas gonadales normales la paciente fue dada de alta hospitalaria a los 14 días del ingreso, debiendo seguir un tratamiento oral con acenocumarol y controles en el Servicio de Hematología.



Figura 2 Reconstrucción de la curva de la TAC abdominopélvica en fase portovenosa. Ausencia de contraste en el interior de la vena gonadal izquierda (flecha) que traduce una presencia de trombo en su interior. Vena renal izquierda (VR).

Discusión

La trombosis de la vena ovárica es una entidad asociada casi siempre al posparto precoz con incidencias en torno al 0,15% de los partos²⁻⁴. Los casos no relacionados con la gestación son raros, con escasas referencias en la literatura, pero se han asociado a procesos malignos, infecciones, cirugía pélvica y trombofilias⁵⁻⁷. El proceso es mucho más frecuente en el lado derecho (70-90%), ya que la vena ovárica de este lado es más larga y, por lo tanto, más fácilmente comprimible⁸. La singularidad del caso que presentamos, aparte de la ausencia de antecedentes que predispongan a esta enfermedad, es el de su presentación bilateral, no habiendo encontrado referencias bibliográficas a este respecto.

El diagnóstico clínico es difícil, si bien las formas típicas de presentación puerperal se engloban en el contexto de un síndrome febril en los primeros 7 días tras el parto que no responde al tratamiento antibiótico^{4,9}. En los casos no relacionados con la gestación la clínica suele limitarse al dolor pélvico que hace pensar en otras etiologías mucho más frecuentes como la apendicitis, pielonefritis, abscesos pélvicos, etc.^{3,9,10}; de hecho, no son raros los diagnósticos erróneos de apendicitis aguda en casos de trombosis de la vena ovárica derecha¹¹. Por todo ello, en el diagnóstico, son imprescindibles las técnicas de imagen, siendo la TAC la más rentable; en este sentido, Twickler et al.¹², en un estudio prospectivo comparando la ecografía, la TAC y la resonancia magnética nuclear en el diagnóstico de esta entidad, demostraron la mayor sensibilidad de la tomografía que fue capaz de diagnosticar el 100% de los casos de trombosis de la vena ovárica.

El tratamiento de la trombosis de la vena gonadal se basa en la anticoagulación con heparina y la administración de antibióticos de amplio espectro, aunque no existe consenso sobre la dosis ni la duración^{2-4,9}.

Como conclusión final podemos decir que, si bien la trombosis de la vena ovárica fuera del período puerperal es una entidad muy rara, hay que incluirla en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, siendo necesario recurrir a pruebas de imagen, preferiblemente a la TAC, especialmente cuando se plantea la laparoscopia o la laparotomía exploradora por sospecha clínica de apendicitis aguda.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Austin OG. Massive thrombophlebitis of the ovarium vein; a case report. *Am J Obstet Gynecol.* 1956;72:428-9.
2. González-Bosquet E. Trombosis de la vena ovárica: factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. *Medicina (B Aires).* 2009;69:347-9.
3. Salazar R, Galera L, Pagaldai A, Palomino S. Trombosis de la vena ovárica en el puerperio. *Prog Obstet Ginecol.* 2004;47:196-9.
4. Perucca E, Cuellar E, Ochoa N, Altamirano R, Ricci P, Alvarez S, et al. Trombosis de la vena ovárica postcesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70:261-3.
5. Stafford M, Fleming T, Khalil A. Idiopathic ovarian vein thrombosis: a rare cause of pelvic pain - case report and review of literature. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50:299-301.
6. Heavrin BS, Wrenn K. Ovarian vein thrombosis: a rare cause of abdominal pain outside the peripartum period. *J Emerg Med.* 2008;34:67-9.
7. Satoh T, Oki A, Uno K, Sakurai M, Ochi H, Okada S, et al. High incidence of silent venous thromboembolism before treatment in ovarian cancer. *Br J Cancer.* 2007;97:1053-7.
8. Calderwood CJ, Jamieson R, Greer IA. Gestational related changes in the deep venous system of the lower limb on light reflection rheography in pregnancy and the puerperium. *Clin Radiol.* 2007;62:1174-9.
9. Donoso E, Poblete J, Vargas M. Trombosis de la vena ovárica derecha postparto vaginal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67:314-7.
10. Gastillon JM, Bongain A, Hassen-Khodja R, Persch M, Isnard V, Ibghi W, et al. Thrombophlebitis of the ovarian vein. New therapeutic approach. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1993;88:509-13.
11. Prieto-Nieto MI, Pérez-Robledo JP, Rodríguez-Montes JA, Garci-Sancho-Martin L. Acute apendicitis-like symptoms as initial presentation of ovarian vein thrombosis. *Ann Vasc Surg.* 2004;18:481-3.
12. Twickler DM, Setiawan AT, Evans RS, Erdman WA, Stettler RW, Brown CE, et al. Imaging of puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT, and sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;169:1039-43.