
Casos clínicos

218 M. Muñoz
A. Guntiñas
F. García-Benasach
A. Pérez Piñar

Trombosis de la vena ovárica asociada con tumoración ovárica benigna

Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Correspondencia:
Dra. Mar Muñoz Muñiz.
José Anduiza, 6, 3.^o D. 28034 Madrid.
Correo electrónico: mar@prodistele.com

Fecha de recepción: 7/2/02
Aceptado para su publicación: 18/3/02

*Ovarian vein thrombosis
associated with benign ovarian
tumor*

*M. Muñoz, A. Guntiñas, F. García-Benasach, A. Pérez Piñar.
Trombosis de la vena ovárica asociada con tumoración ovárica
benigna.*

RESUMEN

La trombosis de la vena ovárica (TVO) es un trastorno poco frecuente. Presentamos un caso de TVO en paciente joven, asociado a tumoración ovárica benigna: teratoma de ovario derecho incarcerado en Douglas, que produce compresión del pedículo vascular y trombosis de la vena ovárica derecha. Aunque la TVO es infrecuente es importante tenerla en cuenta para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias y complicaciones graves secundarias.

PALABRAS CLAVE

Trombosis de la vena ovárica. Teratoma.
Anticoagulantes.

SUMMARY

Ovarian vein thrombosis (OVT) is rare. We present the case of a young patient who presented OVT associated with a benign ovarian tumor: teratoma of the right ovary contained within Douglas' pouch producing compression of the vascular pedicle and thrombosis of the right ovarian vein. Although OVT is infrequent, it should be borne in mind to avoid unnecessary surgery and severe secondary complications.

KEY WORDS

Thrombosis of the ovarian vein. Teratoma.
Anticoagulants.

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la vena ovárica (TVO) es un trastorno poco frecuente que afecta aproximadamente a uno de cada 2.000 partos o abortos¹. El primer caso publicado en la bibliografía data de 1909 y fue publicado por Vineberg². La TVO se ha asociado clásicamente con la endometritis posparto, enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía ginecológica y neoplasias³. Estas pacientes presentan típicamente dolor abdominal en hipogastrio y flancos, fiebre y masa abdominal. El diagnóstico diferencial es difícil de realizar con otros cuadros que presentan clínica similar, como endometritis, apendicitis o pielonefritis.

A continuación presentamos un caso poco frecuente de TVO en paciente joven, asociado a tumoración ovárica benigna.

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años que acude a urgencias por dolor abdominal, localizado en hipogastrio, de 4 días de evolución, asociado con tenesmo y polaquiuria, con fiebre en picos de hasta 38 °C. No se apreciaron náuseas, vómitos ni trastornos del hábito intestinal. Los antecedentes familiares y personales no tenían relevancia clínica.

AGO: Menarquia 16 años. Ciclos 5/28. Una gestación, un aborto (interrupción voluntaria del embarazo [IVE] 2 semanas antes de acudir a urgencias).

Exploración: Abdomen blando con dolor abdominal difuso, más intenso en fosa ilíaca derecha e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Exploración ginecológica: genitales externos y vagina normales. No había flujo maloliente. Intenso dolor a la introducción del espéculo vaginal. Cervix retropúbico cerrado, muy doloroso a la movilización, sin metrorragia. Masa en Douglas que anula fondo de saco vaginal, ocupando toda la pelvis, delimitándose más nítidamente a la palpación bimanual en la fosa ilíaca derecha. El útero y los anejos no eran delimitables.

En la ecografía, el útero estaba en anteflexión, regular y de ecogenicidad normal desplazado a la izquierda por masa anexial derecha de 134 mm, de aspecto sólido con abundante vascularización periférica. Ovario izquierdo de 41 mm de aspecto normal. No había líquido libre en fondo de saco de

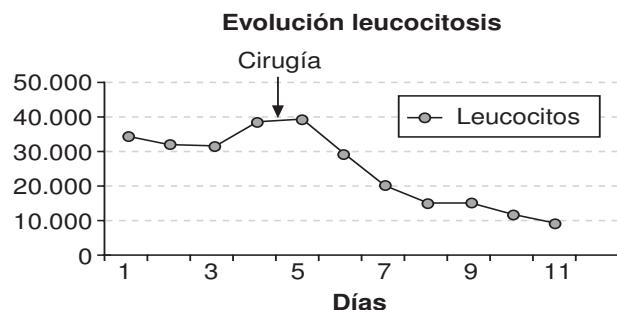


Figura 1. Evolución de la leucocitosis desde el ingreso.

Douglas. El diagnóstico ecográfico fue compatible con teratoma derecho.

En la analítica del ingreso destaca una leucocitosis de 34.100/ml con neutrofilia.

Se instaura tratamiento antibiótico con clindamicina y gentamicina intravenosa ante la sospecha clínica de complicación infecciosa poslegrado, coincidente con la tumoración anexial derecha descrita en la ecografía. Tras 2 días con fiebre a pesar del tratamiento antibiótico, y persistencia de la clínica del ingreso, se decide laparotomía exploradora, en la que se objetiva: teratoma de ovario derecho de 12 cm firmemente incarcerado en Douglas, que produce compresión del pedículo vascular. Trompa derecha muy edematosa con signos de necrosis. Trombosis de la vena ovárica derecha que ocupa todo su trayecto. Resto del aparato genital, normal. No se aprecian signos de infección. Se realiza anexectomía derecha.

En el postoperatorio se inicia tratamiento anticoagulante con clexane 60 mg/12 h, manteniéndose tratamiento antibiótico previo a la cirugía. Desaparece la fiebre en el primer día tras el tratamiento quirúrgico. Mejoría clínica y analítica (fig. 1) hasta el octavo día, en que se decide drenaje en quirófano de hematoma de pared abdominal en trayecto de incisión quirúrgica. Se decide cambiar tratamiento anticoagulante a fraxiparina a dosis profilácticas. No se presentan otras complicaciones. Alta con ferroterapia y fraxiparina tras 16 días de ingreso.

Otras pruebas complementarias: eco-Doppler abdominal de control: no se objetiva afectación venas femorales, ilíacas, cava inferior ni renales.

En la anatomía patológica, el teratoma quístico maduro de ovario (quiste dermoide) abscesificado con ooforitis y tromboflebitis secundaria. Trompa sin

Tabla 1 Porcentaje de uso de los diferentes métodos diagnósticos en la trombosis de la vena ovárica

| | Frecuencia de uso (%) |
|-------------|-----------------------|
| TAC | 53,5 |
| Eco-Doppler | 18,6 |
| RMN | 13,9 |
| Vénograma | 13,9 |

TAC: tomografía axial computarizada; RMN: resonancia magnética nuclear.

lesiones.

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de TVO ocurren durante la primera semana posparto, aunque en ocasiones se ha descrito hasta 70 días después del mismo. Su presentación durante el embarazo es un hallazgo infrecuente. Otras situaciones a las que se asocia con menor frecuencia son: la cirugía ginecológica, los traumatismos pélvicos, la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)⁴, la enfermedad trofoblástica, el absceso perirectal, los miomas, la enfermedad de Crohn⁵ y los tumores malignos¹.

En cuanto a la patogenia de la TVO, se ha especulado sobre la asociación de lesión endotelial, estasis sanguíneo y factores protrombóticos^{1,5}. En esta línea Salomon et al⁶ se centran sobre todo en la investigación de posibles factores genéticos implicados, como la hiperhomocisteinemia, factor de riesgo establecido de trombosis.

En nuestra paciente el gran tamaño de la tumoración ovárica comprimía el pedículo vascular de modo que produjo una estasis sanguínea en la vena ovárica, así como cierta necrosis tumoral. Se han descrito en la bibliografía otros casos de tumoraciones benignas asociadas a TVO tal y como describen Gal et al en relación con el hallazgo de un leiomioma uterino gigante⁷.

Nuestro caso es especialmente interesante ya que se presenta asociado a tumoración ovárica benigna de gran tamaño, aunque no podemos pasar por alto su relación con un aborto 15 días antes del inicio de la clínica, puesto que en ocasiones es el único factor etiológico implicado tal como describen

Sreenarasimhaiah et al⁸. Nos presentan un caso de TVO asociado a IVE de 13 semanas, en donde la clínica aparece nueve días después del mismo y a su vez hacen una revisión de la bibliografía encontrando 3 casos más asociados a abortos de primer y segundo trimestre. En estos casos el daño bacteriano del endotelio puede ser el inicio de la TVO.

La lesión del endotelio es el factor implicado en la TVO asociada a tumores malignos, con o sin quimioterapia y a la cirugía ginecológica^{9,10}, además del efecto trombogénico que tienen los tumores malignos y la quimioterapia^{3,11,12}.

Antiguamente, el diagnóstico se realizaba sólo en un 20% de los casos antes de la cirugía¹³. En la actualidad, disponemos de varias opciones para el diagnóstico, como la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y el Doppler, entre éstas la técnica más utilizada es la TAC¹⁴ (tabla 1). Los hallazgos radiológicos sugestivos de TVO son una ampliación de la vena trombosada, baja densidad en la luz central y reforzamiento de la pared del vaso. Desde la amplia utilización de estas técnicas, la TVO se encuentra como hallazgo incidental en pacientes asintomáticas, a las que se realiza un TAC por otros motivos¹². En ocasiones, la imagen radiológica puede ser interpretada como una tumoración pélvica si presenta un aspecto más abigarrado de lo habitual¹⁵.

La presencia de fiebre, dolor pélvico y leucocitosis en nuestra paciente, con el antecedente de aborto, hizo sospechar inicialmente la posibilidad de una complicación infecciosa, y se inició antibioterapia de amplio espectro sin obtener mejoría. Debido a la existencia de una tumoración ovárica compatible con teratoma y dado el mal estado general de la paciente, se decidió realizar laparotomía, que fue la que condujo al diagnóstico de TVO. Debido a la clínica que presenta este cuadro el diagnóstico diferencial es complicado, y ello conlleva que, en ocasiones, haya que recurrir a la laparotomía para realizar el diagnóstico definitivo. El cuadro con el que se puede confundir con mayor frecuencia es la apendicitis¹⁶.

Algunos autores¹⁴ recomiendan, ante la persistencia del cuadro, la administración empírica de heparina, para descartar un proceso trombótico. En estos casos la fiebre tiende a desaparecer en 48 a 72 h.

Dunnahoo et al¹⁴ proponen como tratamiento de la TVO el uso de heparina intravenosa. Si la fiebre

desaparece cuando el tiempo parcial de tromboplastina está entre 1,5 y dos veces su valor normal, el tratamiento se mantendrá durante una semana, aunque el tiempo óptimo de tratamiento se desconoce. Si apareciera embolia pulmonar a pesar de una buena anticoagulación, recomiendan la ligadura de la vena cava inferior o la ligadura bilateral de ambas venas ováricas. Estos autores opinan que si el diagnóstico se realiza a través de laparotomía, se deberá cerrar y administrar antibióticos y anticoagulantes en el postoperatorio. Si es un hallazgo casual, algunos autores recomiendan no realizar tratamiento³.

Es un cuadro que se complica en pocas ocasio-

nes, pero los resultados pueden ser fatales. Hippach et al presentan un caso de TVO en el puerperio, en el que a pesar de instaurar tratamiento antibiótico y anticoagulante, se presentó embolismo pulmonar izquierdo múltiple tras extensión de la trombosis a la vena cava y ambas venas renales, produciéndose el fallecimiento de la paciente al intentar embolectomía quirúrgica¹⁷. Otra complicación asociada a TVO postparto descrita por Gardstein et al¹⁸, es un infarto ovárico bilateral sin oclusión arterial o torsión del pedículo ovárico que pudieran provocarlo.

Aunque la TVO es un cuadro poco frecuente, es

BIBLIOGRAFÍA

importante tenerlo en cuenta para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias y complicaciones graves secundarias.

1. Simons GR, Piwnica-Worms DR, Goldhaber SZ. Ovarian vein thrombosis. *Am Heart J* 1993;126:641-7.
2. Vineberg HN. Ligation of pelvic veins for puerperal pyemia. *Am J Obstet NY*, 1909:412.
3. Jacoby WT, Cohan RH, Baker ME, Leder RA, Nadel SN, Dunnick NR. Ovarian vein thrombosis in oncology patients: CT detection and clinical significance. *AJR* 1990;155:291-4.
4. Maldjian JZ. Ovarian vein thrombosis associated with a tubo-ovarian abscess. *Arch Gynecol Obstet* 1997;261:55-8.
5. Marcovici I, Goldberg E. Ovarian vein thrombosis associated with Crohn's disease: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:743-4.
6. 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.
7. Gal D, Buchsbaum HJ, Voet R, Forney JP. Massive ascites with uterine leiomyomas and ovarian vein thrombosis. *Am J Obstet Gynecol* 1982;144:729-71.
8. Sreenarasimhaiah S, McAlister R. Ovarian vein thrombosis after elective abortion. *Obstet Gynecol* 2000;96:828-30.
9. Hayden GE. The incidence of unsuspected asymptomatic thrombophlebitis of pelvic veins associated with hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1974;119:396-400.
10. Catanzarite VA, Low RN, Wong DY. Ovarian vein thrombosis during cesarean section. *J Reprod Med* 1997;42:315-8.
11. Yassa NA, Ryst E. Ovarian vein thrombosis: a common inci-
12. Quane LK, Kidney DD, Cohen AJ. Unusual causes of ovarian vein thrombosis as revealed by CT and sonography. *AJR* 1998;171:487-90.
13. Duff P, Gibbs RS. Pelvic vein thrombophlebitis diagnostic dilemma and therapeutic challenge. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:365-73.
14. Dunihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: A review. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:415-27.
15. Randoux B, Goudot D, Clément O, Deux JF, Lecuru F, Taurelle R, et al. Aspect pseudotumoral d'une thrombose de la veine ovarienne. *J Radiol* 1997;78:1171-3.
16. Lynch JK, Sreenivas V, Pelliccia O. Ovarian-vein thrombophlebitis. *N Engl J Med* 1966;1112-3.
17. Hippach M, Meyberg R, Villena-Heinsen C, Mink D, Ertan AK, Schmidt W, et al. Postpartum ovarian vein thrombosis. *Clin Exp Obstetet Gynecol* 2000;27:24-6.
18. Gardstein HF, Ferenczy A, Richart RM. Asymptomatic bilateral ovarian infarction and venous thrombosis. *Am J Obstet Gynecol* 1973;116:1164-6.