

**Alejandro Huelbes Ros<sup>a</sup>**  
**Javier Herrera Giménez<sup>a</sup>**  
**Ana María Gómez Laencina<sup>a</sup>**  
**Gabriela Poza Cisneros<sup>b</sup>**  
**Juan José Parrilla Paricio<sup>b</sup>**  
**Lorenzo Abad Martínez<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Correspondencia:**

Dr. A. Huelbes Ros.  
Hospital Virgen de la Arrixaca.  
Ctra. Madrid-Cartagena. 30120 El Palmar (Murcia). España.  
Correo electrónico: ahuelbes@hotmail.com

Fecha de recepción: 19/12/2007.  
Aceptado para su publicación: 19/2/2008.

## **Trombosis de la vena ovárica con extensión a la vena cava inferior en el posparto**

451

### *Ovarian vein thrombosis spreading to the inferior vena cava*

---

### **RESUMEN**

La trombosis de la vena ovárica es una complicación que puede aparecer durante el puerperio o después de una intervención quirúrgica pélvica. Es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave, de ahí la importancia del diagnóstico y el tratamiento temprano. Debe sospecharse ante la aparición de fiebre y dolor abdominal agudo en los primeros días posparto. La prueba diagnóstica de elección sigue siendo la tomografía computarizada (TC) con contraste. Tras la administración de antibióticos de amplio espectro y heparina, la mejoría clínica es inmediata. Presentamos un caso de trombosis de la vena ovárica que aparece como complicación tras la realización de una cesárea.

### **PALABRAS CLAVE**

Fiebre puerperal. Trombosis vena ovárica. Tromboflebitis pélvica séptica. Trombosis vena cava inferior.

### **ABSTRACT**

Ovarian vein thrombosis is a complication that can appear during the postpartum period or after pelvic surgery. This complication is a rare but serious entity requiring early diagnosis and treatment and should be suspected in patients with fever and acute abdominal pain at the beginning of the postpartum. Imaging diagnosis with contrast computed tomography remains the gold standard. Administration of broad-spectrum antibiotics and heparin therapy produces immediate clinical improvement.

We report a case of ovarian vein thrombosis after a cesarean delivery.

### **KEY WORDS**

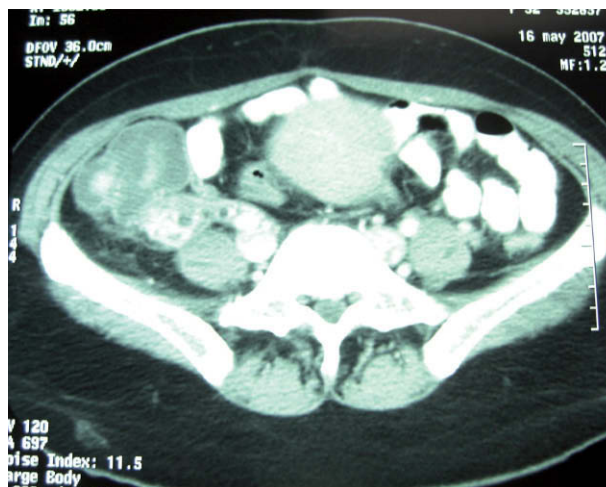
Puerperal pyrexia. Ovarian vein thrombosis. Septic pelvic thrombophlebitis. Thrombosis of the inferior vena cava.

## 452 INTRODUCCIÓN

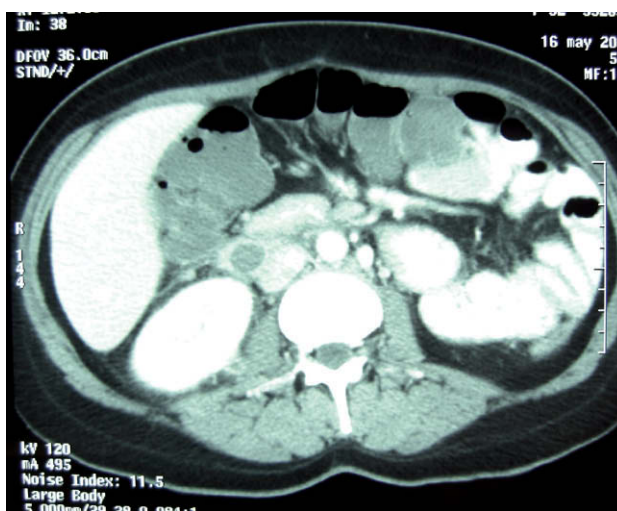
La trombosis de la vena ovárica (TVO) complica el 0,05-0,18% de los embarazos<sup>1,2</sup>. Clásicamente, suele encontrarse durante el puerperio o después de una intervención quirúrgica pélvica. En la etiopatogenia de este cuadro están implicados la estasis del flujo sanguíneo, la alteración del endotelio vascular y la hipercoagulabilidad propia de la gestación<sup>3</sup>, que se consideran los factores predisponentes en el desarrollo de la trombosis venosa. Los signos cardinales de la TVO suelen aparecer en la primeras 48-96 h posparto e incluyen fiebre, leucocitosis, dolor y tumoración en fosa ilíaca derecha (FID). La tomografía computarizada (TC) con contraste continúa siendo el patrón de oro para la identificación de esta entidad infradiagnosticada<sup>4</sup>. La sospecha y el tratamiento tempranos son fundamentales, porque un retraso en el diagnóstico puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad materna.

## CASO CLÍNICO

Paciente tercigesta, secundípara, de 32 años, oriunda de Marruecos, con gestación controlada sin incidencias, que ingresa en la semana 39 por rotura prematura de membranas de 12 h de evolución. Se indica cesárea urgente por presentación podálica y riesgo de pérdida de bienestar fetal con puerperio inmediato de evolución normal; 48 h después de la cirugía la paciente presenta fiebre de 38 °C con analítica urgente que demostró: hemoglobina de 13,4 g/dl, hematocrito 38%, leucocitos 9.720 (77% neutrófilos) y plaquetas de 281.000; sistemático de orina: pH 5, nitritos negativos y piuria. A la exploración física la paciente presenta abdomen blando y depresible, loquios normales, herida quirúrgica sin signos de infección, mamas normales y miembros inferiores sin signos de tromboflebitis. A la vista de los resultados analíticos se instaura tratamiento con fosfomicina. La paciente continua con picos febriles durante dos días consecutivos, en los que se realizó ecografía vaginal y se descartó la existencia de restos ovulares o signos de endometritis. Cinco días después de la cesárea, la paciente presenta dolor y empastamiento en la FID y ante la sospecha de TVO se realiza una TC abdominopélvica de urgencia que informa de trombosis de la vena ovárica derecha,



**Figura 1.** Tomografía computarizada con contraste donde se pone de manifiesto un trombo en vena ovárica derecha.



**Figura 2.** Tomografía computarizada con contraste donde se pone de manifiesto un trombo flotante en la vena cava inferior a nivel de la bifurcación de la arteria renal derecha.

con trombo flotante en la vena cava inferior (figs. 1 y 2). Dada la localización del trombo, se descarta la colocación de filtro en la vena cava inferior y se instaura antibioterapia con clindamicina y gentamicina por vía intravenosa asociada a heparina, se ajusta la dosis según TTPA, observándose 24 h después una mejoría clínica de la paciente, que permanece apirética. La TC de control informa de un trombo en

**Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la tromboflebitis pélvica séptica**

<i>Síntomas</i>	<i>Forma aguda</i>	<i>Fiebre enigmática</i>
Fiebre	Presente	Presente
Dolor abdominal	Moderado o severo	Moderado o ausente
Resistencia abdominal	Moderado o severo	Moderado o ausente
Masa palpable	50-70%	Infrecuente
Diagnóstico laparoscópico	Frecuente	Infrecuente
Diagnóstico TC o RM	Probable	Improbable

RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.

resolución, por lo que la paciente es dada de alta con anticoagulación oral durante 6 meses y controles ambulatorios.

## DISCUSIÓN

La fiebre puerperal es definida por el Comité Americano de Salud Materna como temperatura  $> 38^{\circ}\text{C}$ , en 2 o más ocasiones, separadas al menos 6 h, entre el 2.º y el 10.º día posparto, tomada por vía oral mediante técnica estándar. Se incluyen las primeras 24 h si la temperatura es  $> 38,4^{\circ}\text{C}$ <sup>5</sup>.

La infección puerperal incluye diversas entidades nosológicas entre las que destacamos la endometritis posparto, la infección de la episiotomía, la infección de la pared abdominal, la enfermedad tromboembólica puerperal y la mastitis puerperal.

La enfermedad tromboembólica puerperal presenta tres variedades clínicas bien diferenciadas: la tromboflebitis puerperal, la flebotrombosis y una tercera que cursa con especial gravedad; la tromboflebitis pélvica séptica<sup>6</sup>.

La sintomatología de la tromboflebitis pélvica séptica puede presentarse como dos cuadros clínicos distintos: la forma aguda y la llamada «fiebre enigmática». En la tabla 1 se presentan los principales hallazgos que se encuentran en ambas formas clínicas y en la tabla 2, los cuadros clínicos con los que se debe establecer un diagnóstico diferencial.

La incidencia de la trombosis de la vena ovárica se estima entre 1/600 y 1/2.000 partos<sup>7</sup>. Aunque la infección uterina está presente o se sospecha en la mayoría de los casos, antes o al presentarse la sintomatología de la TVO, no existe un patrón característico de mujeres con riesgo de desarrollar TVO<sup>8,9</sup>. El cuadro clínico se caracteriza por la aparición de

**Tabla 2. Diagnóstico diferencial de tromboflebitis pélvica séptica**

<i>Forma aguda</i>	<i>Fiebre enigmática</i>
Pielonefritis	Fiebre medicamentosa
Nefrolitiasis	Síndrome viral
Apendicitis aguda	Vasculitis colágena
Absceso del ligamento ancho	Endomieltis persistente
Torsión anexial	Absceso pélvico
Absceso pélvico	

dolor agudo y repentino en la FID, como en nuestro caso; su localización en el lado izquierdo, aunque posible, es mucho menos frecuente.

Aproximadamente, dos tercios de las pacientes tienen fiebre en picos; suele existir taquicardia y con frecuencia la exploración ginecológica es normal. Hasta en un 50% se tacta un vaso de consistencia leñosa en fondo de saco vaginal o parametrios. En un tercio de los casos se asocia a embolia pulmonar (puede ser la forma de presentación).

Históricamente, el diagnóstico de confirmación de la TVO se establecía mediante laparotomía. La ecografía es, generalmente, la primera técnica de imagen usada cuando existen complicaciones posparto, pero si no muestra hallazgos significativos como ocurrió con esta paciente, debe seguirse de una TC o resonancia magnética (RM). Varios investigadores han comparado la sensibilidad y especificidad de las tres técnicas de imagen para el diagnóstico de la TVO<sup>10,11</sup> y resultaron mejores para la TC. El tratamiento incluye anticoagulación sistémica y antibióticos de amplio espectro. La mayoría de las pacientes responden positivamente entre la 48-72 h; si esto no sucede, la segunda línea de tratamiento sería la cirugía<sup>12</sup>.

La TVO se debe tener presente siempre que exista un cuadro de fiebre persistente, de origen desconocido, después del parto. Es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, aunque

en las últimas décadas ha descendido notablemente la mortalidad; cuando la paciente fallece, es resultado de una sepsis no controlada, embolia pulmonar masiva o parada cardíaca intraoperatoria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brown TK, Munsick RA. Puerperal ovarian vein thrombophlebitis: a syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1971;109:263.
2. Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1991;46:415-27.
3. Salomon O, Alter S, Shaham D, Hiller N, Bar-Ziv J, Itzhak Y, et al. Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost.* 1999;82:1015-9.
4. Clarke CS, Harlin SA. Puerperal ovarian vein thrombosis with extension into the inferior vena cava. *Am Surg.* 1999;65:147-50.
5. Miranda Carranza JA, Álamo Romero F, García García J. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. 1.<sup>a</sup> ed. Zaragoza: Fabre Editor; 1999. p. 590.
6. Cabero Roura L. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Barcelona: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2003. p. 815.
7. Prieto-Nieto MI, Perez-Robledo JP, et al. Acute appendicitis-like symptoms as initial presentation of ovarian vein thrombosis. *Ann Vasc Surg.* 2004;18:481-3.
8. Brown CE, Stettler RW, Trivickler D, Cunningham EGI. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:143-8.
9. Riley LE, Tuomala RE, Heeren T, Greene MF, et al. Low risk of postcesarean section infection in insulin-requiring diabetic women. *Diab Care.* 1996;19:597-600.
10. Wickler 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. *Am J Roentgenol.* 1997;169:1039-43.
11. Kubik-Huch RA, Hebisch G, Huch R, Hilfiker P, Debatin JF, Krestin GP. Role of duplex colour Doppler ultrasound, computer tomography, and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom Imaging.* 1999;24:85-91.
12. Carr S, Tefera G. Surgical treatment of ovarian vein thrombosis. *Vasc Endovascular Surg.* 2006;40:505-8.