

## CARTAS CIENTÍFICAS

### Trombosis ovárica puerperal y trombo flotante<sup>☆</sup>

#### *Puerperal ovarian thrombosis and floating thrombus*

J.C. Fletes Lacayo\* e I. del Blanco Alonso

*Angiología y Cirugía Vascul, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España*

En la actualidad, la enfermedad tromboembólica venosa resultante de la alteración de los factores de coagulación, la estasis venosa y el daño vascular que se encuentran presentes durante el embarazo, han hecho de este trastorno la principal causa de morbimortalidad materna en los países desarrollados. El embarazo, por si solo, es capaz de aumentar de 4 a 5 veces la probabilidad de presentar un trastorno tromboembólico, llegando a estar asociado hasta en un 85% de los casos. El riesgo máximo es durante el puerperio, período asociado con mayor frecuencia a embolia pulmonar.

Exponemos el caso de una mujer de 32 años de edad, con antecedentes de alergia a metronidazol y dexketoprofeno, así como diagnóstico reciente de esclerosis múltiple que cursa sin tratamiento.

En su 4.º día poscesárea acude a urgencias por dolor abdominal de 12 h de evolución asociado a fiebre mayor de 38 °C. A la exploración física se encuentra un abdomen blando, depresible, pero doloroso a la palpación, con útero contraído a nivel de ombligo. Blumberg negativo. No se asocia náuseas o vómitos. A nivel de cicatriz abdominal se evidencia pequeña colección seropurulenta.

En la analítica sistemática de ingreso se objetiva 11.600 leucocitos con 91% de segmentados, proteína C reactiva de 188 y leucocituria. Resto de valores normales.

La paciente presenta un mal estado general, por lo que se decide su ingreso y drenaje de absceso de herida quirúrgica e instauración de tratamiento antimicrobiano con amoxicilina y ácido clavulánico.

En el 3.º día de ingreso y dada la mala evolución clínica se realiza tomografía computarizada (TC) abdominopélvica, encontrando aumento de la red venosa uterina, sin líquido libre intraabdominal, derrames pleurales bilaterales y pequeña colección en pared anterior de rectos abdominales. Ante estos hallazgos se decide reintervención quirúrgica para drenaje de la colección de la pared abdominal y desbridamiento de tejidos.

A pesar del tratamiento medicoquirúrgico la paciente persiste con mal estado general, fiebre y deterioro clínico significativo, por lo que se realiza una nueva TC con contraste intravenoso, encontrando abundante circulación colateral de varices periuterinas, ambas venas ováricas aumentadas de calibre y con trombo central en su interior, vena renal izquierda trombosada y trombo flotante en cava proveniente de la vena ovárica derecha (figs. 1 y 2). Ante la elevada sospecha de tromboembolia pulmonar se realiza angio-TC con protocolo de tromboembolia pulmonar, confirmando trombo en ramas subsegmentarias de ambos lóbulos inferiores.

Sobre la base de los hallazgos de imagen se decide instauración de tratamiento médico con heparinas de bajo peso molecular (enoxiparina 80 mg/día) y antibióticos de amplio espectro (meropenem).

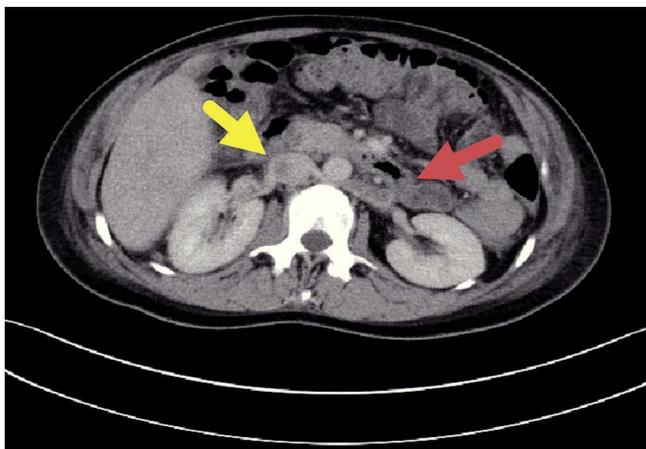
Tras el tratamiento médico, la paciente cursa con evolución favorable y se decide su alta continuando tratamiento y seguimiento ambulatorio con acenocumarol.

La trombosis de la vena ovárica es una complicación rara, pero muy seria y potencialmente letal del puerperio, que

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drjcl@yahoo.com (J.C. Fletes Lacayo).

<sup>☆</sup>Caso clínico presentado previamente en el 58 Congreso Nacional de Cirugía Vascul en Barcelona, el 02 de Junio de 2012.



**Figura 1** Angiotomografía computarizada abdominopélvica con imagen de trombo en vena renal izquierda retroaórtica (flecha roja) y trombo flotante en cava (flecha amarilla).

presenta una incidencia de entre el 0,5 y el 1,8% de las gestantes, siendo mayor el riesgo tras la realización de cesárea o parto gemelar<sup>1</sup>.

La asociación con embolia pulmonar aparece en el 13% de los casos<sup>2</sup>. En el 90% de los casos, los síntomas suelen presentarse en los primeros días del puerperio, generalmente entre el 2.º y 7.º días<sup>3</sup>, caracterizado por clínica de dolor abdominal en cuadrantes inferiores asociado a fiebre, taquicardia, náuseas y vómitos. En estos casos se deben establecer diagnósticos diferenciales con apendicitis aguda, endometriosis, pielonefritis, absceso de tubo ovárico y torsión del ligamento ovárico.

Los métodos diagnósticos de elección son las técnicas de imagen no invasivas, como la eco-Doppler, la TC y la resonancia magnética<sup>4</sup>.

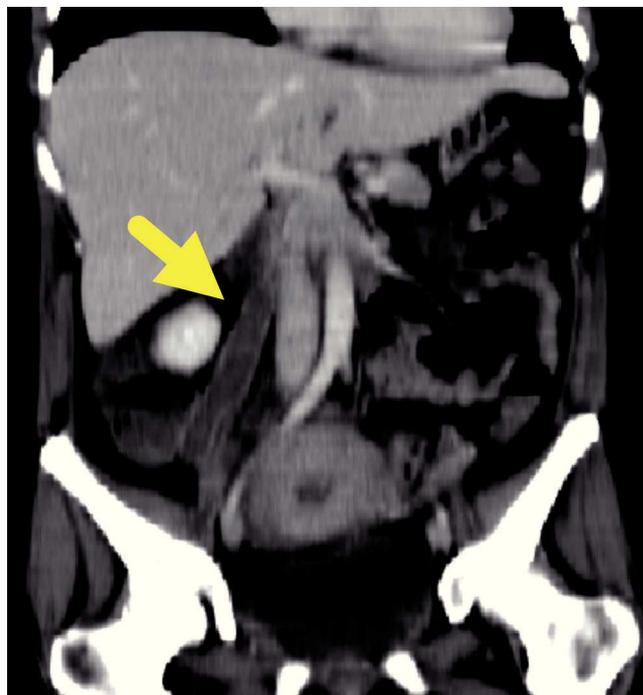
El tratamiento de elección son heparinas de bajo peso molecular adecuadas al peso, con tiempo de tratamiento comprendido entre 3 y 6 meses<sup>5</sup>. Una de sus principales ventajas es que no requiere monitorización periódica. Asimismo, con las heparinas de bajo peso molecular hay un menor riesgo de osteoporosis o trombocitopenia asociada a heparinas, en comparación a la heparina sódica. La heparina sódica se reserva a las pacientes con embolia pulmonar o trombosis venosa profunda a término o insuficiencia renal.

Por otra parte, la asociación de antibióticos de amplio espectro se ha visto principalmente respaldada por la presencia de factores comórbidos, como infecciones urinarias o enfermedad inflamatoria pélvica<sup>1-5</sup>.

Otros posibles tratamientos descritos en la bibliografía, como fibrinólisis, la implantación de filtros de vena cava o incluso la trombectomía, han visto un detrimento en su uso y en la actualidad se encuentran reservados para pacientes altamente seleccionados.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana respon-



**Figura 2** Angiotomografía computarizada abdominopélvica con imagen de trombo en vena ovárica derecha (flecha amarilla).

sable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Akinbiyi AA, Nguyen R, Katz M. Postpartum ovarian vein thrombosis: two cases and review of literatures. *Case Reports in Medicine*. 2009;2009:101367.
2. Takach TJ, Cervera RD, Gregoric ID. Ovarian vein and caval thrombosis. *Tex Heart Inst J*. 2005;32:579-82.
3. Basili G, Romano N, Bimbi M, Lorenzetti L, Pietrasanta D, Goletti O. Postpartum ovarian vein thrombosis. *JSLs*. 2011;15:268-71.
4. Kuehnl A, Assadian A, Reeps C, Schneider KT, Stangl M, Berger H, et al. Floating caval thrombus arising from the ovarian vein. *Ann Vasc Surg*. 2009;23:688.e7-9.
5. Dessole S, et al. Postpartum ovarian vein thrombosis: an unpredictable event: two case reports and review of the literatura. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;267:242-6.