



## CASO CLÍNICO

# Trombosis séptica puerperal de la vena ovárica

E. García-Vázquez<sup>a,\*</sup>, M. Molina-Boix<sup>b</sup>, R. Pérez-Luján<sup>b</sup> y J. Gómez-Gómez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna-Infeciosas, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Carretera Madrid-Cartagena sn, El Palmar (Murcia), España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Carretera Madrid-Cartagena sn, El Palmar (Murcia), España

Recibido el 20 de abril de 2010; aceptado el 28 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 11 de noviembre de 2010

### PALABRAS CLAVE

Trombosis séptica puerperal;  
Vena ovárica

### KEYWORDS

Septic puerperal thrombosis;  
Ovarian vein

**Resumen** Presentamos un caso de trombosis puerperal de la vena ovárica y revisamos la literatura al respecto. Se trata de una paciente que presentó fiebre y dolor abdominal en el puerperio precoz; se inició tratamiento antibiótico empírico y la TAC mostró trombosis de la vena ovárica derecha.

La trombosis de la vena ovárica es una causa excepcional de fiebre puerperal que plantea el diagnóstico diferencial con otros procesos más frecuentes (apendicitis, pielonefritis o abscesos tuboováricos); su patogenia es multifactorial y el tratamiento más adecuado es la combinación de antibióticos y anticoagulantes. La TAC es la prueba diagnóstica de elección.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Septic puerperal thrombosis of the ovarian vein

**Abstract** We report a case of postpartum ovarian vein thrombosis and review the literature on the topic. The patient developed fever and abdominal pain after delivery. Empiric antibiotic treatment was prescribed and computed tomography showed right ovarian vein thrombosis.

Ovarian vein thrombosis is an exceptional cause of postpartum fever. Differential diagnosis must be made with more frequent complications (appendicitis, pyelonephritis, and tubo-ovarian abscesses). The pathogenesis is multifactorial and treatment is based on a combination of antibiotics and anticoagulation. The diagnostic procedure of choice is computed tomography scan.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La trombosis séptica puerperal de la vena ovárica es una rara pero importante complicación que aparece en los días que siguen al parto, que se manifiesta como un cuadro de fiebre puerperal elevada sin focalidad clínica y que no cede con

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elisag@eresmas.net](mailto:elisag@eresmas.net) (E. García-Vázquez).



**Figura 1** TAC pélvica con imagen de trombosis venosa séptica de vena ovárica derecha.

el uso de antibióticos de amplio espectro<sup>1</sup>. Dada su falta de especificidad se confunde con otros procesos más frecuentes en esta localización, como por ejemplo endometritis, apendicitis aguda, pielonefritis o abscesos tuboováricos, ya que hasta hace poco tiempo no se consideraba entre las causas de fiebre puerperal y en la mayor parte de los casos se trataba de un hallazgo casual en el curso de intervenciones quirúrgicas<sup>2,3</sup>. Sin embargo su diagnóstico es mucho más frecuente en la actualidad gracias a las técnicas de imagen no invasivas como la ecografía y sobre todo la tomografía axial computarizada y la RMN<sup>4</sup>. En su patogenia intervienen diversos factores tales como el estado de hipercoagulabilidad secundario al embarazo, la compresión de las pelvis por el útero y la lesión del endotelio secundaria a una infección del endometrio. Dada su escasa frecuencia y la ausencia de revisiones en la literatura española de casos de trombosis séptica puerperal de la vena ovárica creemos de interés presentar un caso ocurrido recientemente en nuestro centro hospitalario y hacer una breve revisión de esta entidad.

### Caso clínico

Mujer de 29 años de edad, primigesta de 39 semanas, apendicectomizada y sin otros antecedentes de interés que ingresó por presentar rotura prematura de membranas. A las 48 horas de un parto vaginal sin complicaciones comenzó a presentar fiebre de 40 °C, dolor en la fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos. En la exploración física destacaba dolor a la presión en la fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias destacaba un sedimento de orina sin alteraciones, hemocultivos, urocultivo y cultivo de exudado endometrial negativos. Se inició tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico y gentamicina pese a lo cual persistía con fiebre elevada después de 72 h. Ante la sospecha de absceso del abdomen se realizó una TAC con contraste en la que se descartó la presencia de colecciones líquidas y se apreciaba dilatación de la vena ovárica derecha con una zona de menor densidad en su interior y realce periférico compatible con trombosis venosa (fig. 1). Se inició tratamiento con

heparina de bajo peso molecular y se continuó después con anticoagulantes orales durante tres meses con una buena evolución clínica.

### Discusión

La trombosis séptica puerperal de la vena ovárica es una causa rara de fiebre puerperal que se puede desarrollar tanto después de partos vaginales como después de cesáreas o abortos<sup>5</sup>. Es necesario un elevado índice de sospecha clínica para pensar en esta complicación dada la falta de síntomas o signos clínicos específicos y la mayor frecuencia de las otras entidades con las que debe plantearse el diagnóstico diferencial<sup>6</sup>. El riesgo que corren estas pacientes si el diagnóstico se pospone es la aparición de fenómenos embólicos a nivel pulmonar (tromboembolismo pulmonar séptico)<sup>7-9</sup>.

Su presentación clínica<sup>10</sup> es bastante uniforme, con fiebre elevada en los días inmediatos al parto, sin que sea aparente ningún foco extragenital, que no desaparece a pesar de la administración empírica de antibióticos de amplio espectro. Algunas enfermas presentan dolor en el hipogastrio o en la fosa iliaca derecha o incluso se puede palpar una zona de empastamiento con discreta defensa muscular por la reacción inflamatoria local de la vena trombosada, lo cual puede sugerir el diagnóstico erróneo de apendicitis aguda, pielonefritis o absceso tuboovárico.

En un 90% de las ocasiones afecta a la vena ovárica derecha, quizás porque el drenaje venoso en el útero grávido se realiza casi por completo a través de las venas ováricas y la dextroposición habitual del útero comprime la vena derecha, de mayor longitud y tamaño que la izquierda. Esta compresión favorece el estasis venoso y la trombosis. Se ha comprobado asimismo que en el puerperio el flujo sanguíneo a través de la vena ovárica izquierda es retrógrado, lo que dificultaría el ascenso de microorganismos desde focos infecciosos del endometrio y podría explicar el porqué de lo excepcional de la trombosis a través de esta vía. El trombo tiende a situarse en la porción cefálica de la vena ovárica derecha, cerca de su desembocadura en la cava y no es raro que protruya en esta e incluso se propague a su interior, aunque es muy raro que se desprenda y cause una embolia de pulmón aguda.

En su patogenia intervienen de manera asociada los factores trombogénicos clásicos que componen la tríada de Virchow, tales como el estado de hipercoagulabilidad asociado al embarazo y que se prolonga durante varios meses tras el parto, la compresión venosa por el crecimiento del útero, que tal y como hemos señalado afecta preferentemente a la vena ovárica derecha, y por último, aunque más sujeto a controversia, el componente infeccioso que posiblemente sería el mecanismo desencadenante al originar la lesión del endotelio por vía ascendente, a partir de una infección del endometrio. Así, en algunas series se ha demostrado este antecedente de endometritis hasta en el 67% de los casos (Dunihoo et al)<sup>11</sup>, siendo para algunos autores (Musnick et al)<sup>12</sup> un poderoso argumento a favor de esta relación patogénica la presencia de microorganismos en el cultivo de los trombos ováricos.

Para su diagnóstico, ante la sospecha clínica inicial, las técnicas de imagen empleadas de manera secuencial resul-

tan de enorme utilidad. En primer lugar la ecografía doppler puede poner de manifiesto la presencia del trombo intravenoso por la ausencia de flujo<sup>13</sup>. La TAC con contraste resulta de mayor utilidad y pone de manifiesto signos característicos de trombosis tales como el aumento del tamaño de la vena y la disminución de la densidad intraluminal, con un halo parietal hiperdenso bien definido; en ocasiones se aprecia un efecto masa alrededor del vaso, secundario a una reacción inflamatoria<sup>14</sup>. La RMN es más sensible para definir el flujo venoso y permite diferenciar la antigüedad del trombo por las propiedades ferromagnéticas de la hemoglobina, aunque en las diversas series de la literatura no resulta superior a la TAC<sup>11,15</sup>.

De su patogenia multifactorial se deduce a su vez el tratamiento. Aunque de manera empírica se tiende a administrar antibióticos con actividad frente a los microorganismos más frecuentes en las infecciones endometriales o de cérvix, estos no son efectivos por si solos y la fiebre no suele ceder hasta que no se inicia el tratamiento anticoagulante. Dado que hay falta de estudios prospectivos que analicen el tratamiento de forma controlada, no está claro si la administración de antibióticos es necesaria o no o durante cuanto tiempo se debe mantener la anticoagulación, aunque de manera rutinaria y de acuerdo con pautas propias de otras trombosis venosas se hace durante tres meses<sup>16</sup>.

En resumen, entre las causas de fiebre en el puerperio es necesario considerar la posibilidad diagnóstica de trombosis séptica de la vena ovárica, sobre todo si se trata de los días inmediatamente posteriores al parto y la paciente presenta fiebre que no cede con antibióticos. En estos casos es necesario realizar una TAC con contraste que permitirá el diagnóstico y tratamiento precoces.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Chawla K, Mond DJ, Lanzkowsky L. Postpartum ovarian vein thrombosis. *Am J Emerg Med.* 1994;12:82-5.
2. Schwarz RE, Johnson RR. Septic ovarian vein thrombophlebitis: a surgical disease that should be treated without operation. *Eur J Surg.* 1996;162:587-8.
3. Farah I, Villar C, Ranchoud Y, Bouzid F, Magne JL, Bosson JL, et al. La thrombophlébite de la veine ovarienne dans le post-partum. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *Chirurgie.* 1995;120:420-8.
4. Kubik-Huch RA, Hebisch G, Huch R, Hilfiker P, Debatin JF, Krestin GP. Role of duplex color Doppler ultrasound, computed tomography, and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom Imaging.* 1999;24:85-91.
5. Kominiarek MA, Hibbard JU. Postpartum ovarian vein thrombosis: an update. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61:337-42.
6. Hippach M, Meyberg R, Villena-Heinsen C, Mink D, Ertan AK, Schmidt W, Friedrich M. Postpartum ovarian vein thrombosis. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2000;27:24-6.
7. Leroy B, Charré S, Tai RB, Barbieux H, Wattrisse G. Postpartum suppurating thrombophlebitis of the ovarian vein presenting with pleuropulmonary manifestations. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1999;18:783-6.
8. Scala PJ, Tubiana JM, Le Heuzey JY, Abastado PH, Rozensztain L, Valsty J. Thrombose puerpérale de la veine ovarienne droite compliquée d'embolie pulmonaire. Aspects cliniques et radiologiques a propos d'un cas. *Arch Mal Coeur.* 1992;367-71.
9. Simons GR, Piwnica-Worms DR, Goldhaber SZ. Ovarian vein thrombosis. *Am Heart J.* 1993;126:641-7.
10. Gourlay M, Gutierrez C, Chong A, Robertson R, Group. A streptococcal sepsis and ovarian vein thrombosis after an uncomplicated vaginal delivery. *J Am Board Fam Pract.* 2001;14:375-80.
11. Dunniho DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian thrombophlebitis: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1991;46:415-27.
12. Musnick RA, Gillanders LA. A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. *Obstet Gynecol Surv.* 1981;36:57-66.
13. Grant TH, Schoettle BW, Buschsbaum MS. Postpartum ovarian vein thrombosis: diagnosis by clot protrusion into inferior cava at sonography. *Am J Rad.* 1993;160:551-2.
14. Hassen-Khodja R, Gillet J, Batt M, Bongain A, Persch M, Libo L. Thrombophlebitis of the ovarian vein with free floating thrombus in the inferior vena cava. *Ann Vasc Surg.* 1993;7:582-6.
15. 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.* 1998;170:1396-7.
16. Witlin AG, Sibai BM. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report of 11 cases. *Obstet Gynecol.* 1995;85:775-80.