

Casos Clínicos

Trombosis de la vena ovárica derecha tras histerectomía subtotal y colposacropexia vía laparoscópica: a propósito de un caso

Right ovarian vein thrombosis after subtotal laparoscopic hysterectomy and colposacropexy: report of clinical case

Débora Herrero Roselló¹, Dra. Sara López Fraile² Dra. Caterina Cortés Alaguero, Dra. Ana Boldó Roda³.

¹ Médico Interno Residente, Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Plana, Vila-real.

² Médico Adjunto Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Plana, Vila-real.

³ Médico Adjunto Obstetricia y Ginecología. Jefa de servicio. Hospital de la Plana, Vila-real.

Correspondencia

Nombre: Débora Herrero Roselló

Email: dherreror@sego.es

RESUMEN

La trombosis de la vena ovárica es una complicación infrecuente que suele ocurrir durante el postparto, comúnmente tras una cesárea. Sin embargo, existen otras causas como son: la cirugía abdominal, las infecciones, las neoplasias malignas o los estados procoagulantes. La sintomatología es variada e inespecífica. En el estudio de esta entidad, tanto la Resonancia Magnética como el TAC con contraste intravenoso juegan un papel importante.

Puesto que las complicaciones pueden ser mortales, es fundamental el tratamiento inmediato con anticoagulación y antibioterapia.

El caso presentado a continuación supone uno de los posibles diagnósticos a considerar en una paciente intervenida de histerectomía subtotal laparoscópica con colposacropexia, que presenta dolor abdominal persistente tras la cirugía y riesgo de trombosis moderado por sus factores de riesgo.

Palabras claves: Trombosis de la vena ovárica, dolor abdominal, TAC, Resonancia Magnética, anticoagulantes.

ABSTRACT

Ovarian vein thrombosis is a rare complication that might happen in the postpartum period, most commonly after a cesarean section. However, there are many other causes such as abdominal surgery, infection, malignant neoplasms and procoagulant statuses. Symptoms are varied and unspecific.

The computed tomography with intravenous contrast and the magnetic resonance play an important role in the diagnosis.

As complications can be fatal, treatment with anticoagulants and antibiotics is necessary.

We present a case in which ovarian vein thrombosis needs to be considered in the differential diagnosis in a woman after a subtotal laparoscopic hysterectomy with colposacropexy with moderate risk factors of thrombosis.

Keywords: Ovarian vein thrombosis, abdominal pain, computed tomography, magnetic resonance, anticoagulant.

CASO

Paciente mujer de 41 años, IMC de 27 (sobrepeso), que no tiene antecedentes médico quirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos. Es quintigesta con tres partos y dos abortos previos. No tiene historia familiar de trombosis y como anticonceptivo siempre ha usado el método natural de cálculo de días fértiles.

Consulta en Urgencias tres semanas después de haber sido intervenida de una histerectomía subtotal más colposacropexia vía laparoscópica por un prolapso uterino grado II+1. Esta cirugía tuvo una duración de 2 horas y 50 minutos. Por tratarse de una cirugía pélvica mayor en una mujer de > 40 años con sobrepeso, con un riesgo tromboembólico de 4 (moderado) según la escala *Caprini*⁸, se utilizó enoxaparina subcutánea 40 mg/día como profilaxis, iniciándose a las 12 horas post cirugía.

En la anamnesis la paciente refiere dolor continuo en fosa ilíaca derecha desde la cirugía que empeora con la deambulación, sin otra sintomatología acompañante. Durante la exploración permanece afebril y normotensa. Refiere diuresis y tránsito intestinal conservados. El abdomen es levemente doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha sin signos de peritonismo y no se observa globo vesical ni hernias. La puñopercusión renal es negativa. No presenta edemas en miembros inferiores y los pulsos pedios están conservados y son simétricos. En cuanto a la exploración con especuloscopia se observa un cérvix de múltipara bien epitelizado con flujo fisiológico y el tacto bimanual no es doloroso. Se realiza ecografía transvaginal que es normal, sin observar patología anexial ni líquido libre en saco de Douglas.

Puesto que los valores del hemograma, coagulación, bioquímica y orina están en rango normal y la placa de abdomen descarta patología obstructiva, se decide practicar un TAC abdominopélvico con contraste intravenoso (Figura 1 y 2). En la imagen se observa la presencia de un trombo a nivel de la vena ovárica derecha, por lo que

se instauro tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas de 80 mg/12h más clindamicina 900mg/8h y gentamicina 80mg/8h vía intravenosa.

La paciente, tras cuatro días de tratamiento, se encuentra asintomática mejorando del dolor abdominal por el que ingresó. Se repite el TAC, donde se observa la permeabilización de la vena ovárica (Figura 3). Al alta, se instauro tratamiento con Acenocumarol 3mg/día durante 3 meses, que se inicia simultáneamente con la heparina 4 días antes de finalizarla y terminación de la antibioterapia vía oral.

Con la presentación de este caso clínico se intenta ilustrar el diagnóstico diferencial, tratamiento y seguimiento de una patología que se debe de considerar en la valoración del dolor abdominal bajo en una mujer con factores de riesgo.

DISCUSIÓN

En el caso de una mujer post operada con dolor abdominal existen varias posibilidades diagnósticas.

Por un lado, existen las complicaciones generales de cualquier cirugía pélvica, que pueden ser: infecciosas, urinarias, intestinales, hemorrágicas y vasculares. Como primera aproximación diagnóstica, un cuadro infeccioso abdominal o urinario es poco probable, ya que los parámetros de temperatura, analíticos y de la exploración física son normales. Asimismo, es poco presumible una complicación intestinal, porque la paciente tenía un tránsito conservado y la tolerancia oral era correcta. También cabría considerar una torsión ovárica, que se caracteriza normalmente por un dolor abdominal de comienzo súbito tipo cólico en la fosa ilíaca. Sin embargo, la evolución del dolor de esta paciente durante tres semanas no sugiere este cuadro clínico.

Por otro lado, podemos estar ante una complicación específica de la colposacropexia como: extrusión de malla utilizada, la osteomielitis o la espondilodiscitis.

Con el resultado de las primeras pruebas básicas que nos descartan la patología más frecuente y ante

la persistencia de los síntomas, decidimos ampliar el estudio. En este momento, nos planteamos complicaciones que con las pruebas complementarias previas no se pueden descartar, como extrusión de la malla, un hematoma retroperitoneal o trombosis vascular. Por esta razón, se decide realizar un TAC abdominopélvico con contraste intravenoso.

Esta técnica nos permite descartar de manera rápida complicaciones vasculares graves gracias al contraste, que aumenta la sensibilidad diagnóstica. La Resonancia Magnética posee unas tasas de detección similares de estas complicaciones, incluso es el *Gold Standard* si sospechamos una osteomielitis o una espondilodiscitis. Sin embargo, en este caso se optó por el TAC, porque es una técnica de imagen más rápida que la Resonancia Magnética, que puede tardar incluso 60 minutos en obtener las imágenes; porque en nuestro hospital la Resonancia no está disponible 24 horas; y finalmente porque el TAC tiene un coste económico mucho menor.

En la Figura 1 se visualiza la trombosis de la vena ovárica derecha en todo su trayecto, junto con los cambios postquirúrgicos de la histerectomía con la presencia de la malla. No se observan colecciones postquirúrgicas. Además, la trombosis suele ser unilateral en la vena ovárica derecha por motivos anatómicos, ya que ésta es más larga que la izquierda².

Aunque la Resonancia Magnética y el TAC poseen una sensibilidad diagnóstica equiparable para estos casos³, este último es más eficiente y en comparación, puede solventar de manera más rápida una situación urgente⁴.

El diagnóstico temprano de esta entidad es clave para prevenir la trombosis de la vena cava o arterias renales, el tromboembolismo pulmonar⁵ y la sepsis⁶. Todas ellas son complicaciones serias que pueden comprometer la vida de la paciente y por esto necesitamos una prueba diagnóstica rápida que nos permita instaurar el tratamiento de inmediato⁷.

En este caso, se pauta heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas más clindamicina y gentamicina vía intravenosa⁸. Tras una semana de ingreso y mejoría clínica, se repite el TAC (Figura 3), que muestra una vena ovárica permeable sin signos de trombosis. La paciente permanece estable sin complicaciones durante su estancia en

hospitalización. Al alta se instaura tratamiento de continuación con Acenocumarol.

La trombosis de la vena ovárica suele ocurrir en el puerperio, en concreto tras una cesárea⁹, que no es el caso de esta paciente. Resulta llamativo que, a pesar de una correcta profilaxis antitrombótica, la paciente sufrió esta complicación. Por esta razón, nos planteamos si era necesario realizar un estudio posterior ampliado de trombofilias o de búsqueda de neoplasias malignas. Sin embargo, revisando la literatura, parece que es controvertido¹⁰. Se afirma que no son necesarios estos estudios tras un primer evento trombótico en esta paciente en concreto, más allá de los estudios analíticos básicos que se le realizaron (hemograma, coagulación y bioquímica). Es cierto que con estos estudios más completos se pueden detectar factores de riesgo desconocidos previamente, pero esto no mejora la mortalidad.

CONCLUSIONES

Este caso presentado demuestra que la trombosis de la vena ovárica es un cuadro raro (incidencia 0,05-0,2%) que presenta una baja especificidad clínica¹¹. A pesar de que aparece normalmente en el postparto, se debe de considerar en el diagnóstico diferencial de otras patologías más comunes, como ocurre en esta paciente¹².

Es fundamental remarcar que las complicaciones tromboembólicas postquirúrgicas se pueden prevenir, evaluando el riesgo trombótico previo de manera individualizada. Nos podemos ayudar de escalas estandarizadas como por ejemplo, la de *Caprini*¹.

Cuando a pesar de una correcta profilaxis ocurre esta complicación, el tratamiento se realiza con anticoagulantes a dosis más altas y antibióticos, para evitar otras eventualidades, que en caso de aparecer son potencialmente letales: la trombosis de la vena cava y venas renales, el tromboembolismo pulmonar o la sepsis.

Tras un primer evento de este tipo, tras realizar los estudios básicos pertinentes, resulta controvertida la utilidad de un estudio *a posteriori* de trombofilias o de neoplasias malignas¹⁰.

En este caso concreto, el TAC abdominopélvico con contraste intravenoso fue de gran utilidad tanto para el diagnóstico como para su seguimiento¹³.

REFERENCIAS

1. Prevention of venous thromboembolic disease in adult nonorthopedic surgical patients, 2020. Pai M, Douketis J. Hallado en: www.uptodate.com.
2. Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Órganos del sistema genital y sus vías de conducción. Prometheus, Texto y Atlas de Anatomía. 2ªed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2010. 330-340.
3. Bannow BTS, Skeith L. Diagnosis and management of postpartum ovarian vein thrombosis. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2017; 2017(1):168-171.
4. Forner J, Talens A, Flores M, Méndez M. Trombosis de la vena ovárica derecha. *Rev Radiol*. 2001; 44(11):493-495.
5. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Tromboflebitis. Flebotrombosis y embolia en el puerperio. Vilar Checa E, Iniesta Doñate M. D. Tratado de Ginecología y Obstetricia, medicina materno-fetal. 2ªed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2007. 1573-1577.
6. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Infección puerperal. Davi Armengol, E. D. Tratado de Ginecología y Obstetricia, medicina materno-fetal. 2ªed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2007. 1566-1571.
7. Fei Z, Peng A, Wang L, Zhang L. Pulmonary embolism caused by postpartum ovarian vein thrombophlebitis after vaginal delivery: Case report and brief review of the literature. *J Clin Ultrasound*. 2020; 13.
8. Brill-Edwards P, Ginsberg JS, Gent M, Hirsh J, Burrows R, Kearon C, et al. Safety of withholding heparin in pregnant women with a history of venous thromboembolism. Recurrence of Clot in This Pregnancy Study Group. *N Engl J Med*. 2000; 343(20):1439-1444.
9. Palavecino T, Torres R, Quinteros N, Salinas H. Trombosis de la vena ovárica y vena cava inferior asociada a endometritis en el puerperio. *Prog Obstet y Ginecol*. 2010; 53(5): 206-208.
10. Evaluating adult patients with established venous thromboembolism for acquired and inherited risk factors, 2020. Kenneth A Bauer MD, Gregory YH Lip, MD. Hallado en: www.uptodate.com.
11. Østergaard S, Hvas AM, Medrud L, Fuglsang J. Ovarian vein thrombosis after delivery. *Hamostaseologie*. 2018; 38(1):9-10.
12. Heavrin BS, Wrenn K. Ovarian vein thrombosis: a rare cause of abdominal pain outside the peripartum period. *J Emerg Med*. 2008; 34(1):67-69.
13. 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(4):1039-1043.

FIGURAS

Figura 1. TAC abdominopélvico con contraste IV (corte coronal). Trombo que ocupa gran parte de la luz de la vena ovárica derecha. Cambios de la histerectomía con presencia de la malla que discurre desde cúpula vaginal hasta el promontorio. No se aprecian colecciones postquirúrgicas.



Figura 2. TAC abdominopélvico con contraste IV (corte transversal). Trombosis de la luz de la vena ovárica derecha.



Figura 3. TAC abdominopélvico con contraste IV (corte transversal). Vena ovárica derecha permeable.

