

Nombre:	Ana
Apellido:	Rodríguez Molina
Otros Autores:	Tania Díaz Antonio, Margarita González Fernández, Maria del Mar García Gallardo
E-mail:	<a href="mailto:anarodriguezmolina@yahoo.es">anarodriguezmolina@yahoo.es</a>
Hospital:	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA
Ciudad:	MÁLAGA
Título:	TROMBOSIS DE LA VENA OVÁRICA IZQUIERDA EN EL PUERPERIO ASOCIADA A DOBLE VENA CAVA INFERIOR.
Presentación:	Mujer primípara a término por cesárea, sin antecedentes de interés, que en el tercer día de puerperio presenta dolor y defensa abdominal en hipogastrio-flanco izquierdo, picos febriles, leucocitosis y aumento de PCR. Se solicita TAC abdominopélvica c/c en la que se observa doble vena cava inferior(VCI) como variante de la normalidad y aumento de calibre y ausencia de realce de la vena ovárica izquierda(VOI) que muestra ocupación de su luz por material hipodenso, en relación con trombosis de VOI con extensión a la confluencia con VCI. La paciente es tratada con antibioterapia de amplio espectro y heparina intravenosa con buena respuesta.
Discusión :	<p>La trombosis de la vena ovárica (TVO) es una complicación infrecuente (0,17% de los partos) y potencialmente letal casi siempre relacionada con el puerperio. Generalmente ocurre entre los 2-17 días postparto y es más frecuente tras cesárea. También se ha descrito como complicación de otros procesos como enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía ginecológica, enfermedad de Crohn y tumores malignos.</p> <p>Es más frecuente unilateral y derecha (80%) debido a que la vena ovárica derecha es más larga y a la dextroversión uterina durante el embarazo. Su diagnóstico temprano es clave para prevenir complicaciones como trombosis de VCI y/o venas renales, tromboembolismo pulmonar(TEP), sepsis y muerte.</p> <p>Suele presentarse como dolor abdominal bajo, fiebre en picos y taquicardia, planteando diagnóstico diferencial con endometritis, torsión anexial, pielonefritis y apendicitis.</p> <p>Su manejo incluye terapia anticoagulante y antibióticos de amplio espectro, recurriendo a terapias invasivas en caso de TEP o mala respuesta al tratamiento médico.</p>
Conclusión:	La TVO es una complicación rara y potencialmente letal de difícil diagnóstico clínico. Debemos sospecharla ante dolor abdominal y síndrome febril en los primeros días postparto que no responde a antibioterapia. Por su baja especificidad clínica el diagnóstico se basa en pruebas de imagen, siendo de elección la TAC abdominopélvica c/c.
Bibliografía:	1. Forner J, Talens A, Flores M, et al. Trombosis de la vena ovárica derecha.

	<p>Radiología 2001; 43(10):493-495.</p> <p>2. Palavecino T, Torres R, Quinteros N, et al. Trombosis de vena ovárica y vena cava inferior asociada a endometritis en el puerperio. <i>Progresos de Obstetricia y Ginecología</i> 2010; 53(5):206-208.</p> <p>3. Sánchez Pascual M, Lobato Miguelez J.L, Larrazábal Echevarría E, et al. Trombosis venosa ovárica bilateral idiopática. <i>Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia</i> 2013; 40(6):286-288.</p>
Pie de foto:	<p>TAC abdominopélvico con contraste intravenoso en el que se observa: a) VCI derecha hipoplásica (flecha negra) y VCI izquierda dilatada con trombo en su luz (flecha blanca), b y c) VOI aumentada de calibre, con defecto de repleción en relación con trombosis y mala definición de sus contornos (flecha blanca) y d) corte axial de la pelvis en el que se aprecia la VOI trombosada (flecha blanca) y el ovario izquierdo aumentado de tamaño e hipodenso. A= aorta, vcd=vena cava derecha, vci= vena cava izquierda, OI= ovario izquierdo, VCI= vena cava inferior, VOI=vena ovárica izquierda.</p>