Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Tromboflebite de veia ovariana em gestante: relato de caso

Ovarian vein thrombophlebitis in pregnant women: case report

Tromboflebitis de la vena ovárica en gestante: relato de caso

Hotair Phellipe Martins Fernandes[1], Layanne Hellen da Cruz Brandão[1], Hugo Santiago Carrijo Cabral Sousa[1], Luana Augusta Santana Lima[1], Vitória Bandeira Araujo[1], Luma Lainny Pereira de Oliveira[1], Juliene do Nascimento Sousa da Silva[1], Luanny Brandão de Medeiros[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de tromboflebite de veia ovariana em gestante atendida no serviço de ginecologia e obstetrícia de um hospital em Araguaína, Tocantins, destacando os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos relacionados à condição. **Detalhamento do caso:** A tromboflebite de veia ovariana é uma condição rara associada ao período gestacional e puerperal, caracterizada pela formação de trombo na veia ovariana associada à inflamação vascular. O quadro apresenta manifestações clínicas inespecíficas, o que pode dificultar o diagnóstico e favorecer complicações potencialmente graves, como extensão da trombose, embolia pulmonar, sepse e óbito. O diagnóstico requer correlação entre os achados clínicos e os exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada e a ressonância magnética importantes ferramentas para confirmação diagnóstica. O tratamento envolve anticoagulação e antibioticoterapia, conforme apresentação clínica e avaliação individual da paciente**. Considerações finais:** A tromboflebite de veia ovariana deve ser considerada diante de manifestações compatíveis durante a gestação e o puerpério, especialmente pela possibilidade de evolução para complicações graves. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são fundamentais para reduzir a morbimortalidade materna.

Palavras-chave: Tromboflebite, Ovário, Gestante.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of ovarian vein thrombophlebitis in a pregnant woman treated at the gynecology and obstetrics department of a hospital in Araguaína, Tocantins, highlighting the clinical, diagnostic, and therapeutic aspects related to the condition. **Case details:** Ovarian vein thrombophlebitis is a rare condition associated with pregnancy and the puerperal period, characterized by thrombus formation in the ovarian vein associated with vascular inflammation. The condition presents with nonspecific clinical manifestations, which may make diagnosis difficult and lead to potentially severe complications, such as thrombus extension, pulmonary embolism, sepsis, and death. Diagnosis requires correlation between clinical findings and imaging studies, with computed tomography and magnetic resonance imaging being important tools for diagnostic confirmation. Treatment involves anticoagulation and antibiotic therapy, according to the clinical presentation and individual assessment of the patient. **Final considerations:** Ovarian vein thrombophlebitis should be considered in the presence of compatible manifestations during pregnancy and

[1] Hospital Maternidade Dom Orione, Araguaína – TO.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | ACEITO EM: 9/2026 | PUBLICADO EM: 10/2026

the puerperium, particularly due to the possibility of progression to severe complications. Early recognition and appropriate treatment are essential to reduce maternal morbidity and mortality.

Keywords: Thrombophlebitis, Ovary, Pregnant woman.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso clínico de tromboflebitis de la vena ovárica en una gestante atendida en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital de Araguaína, Tocantins, destacando los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos relacionados con esta condición. **Detalle del caso:** La tromboflebitis de la vena ovárica es una condición poco frecuente asociada al embarazo y al período puerperal, caracterizada por la formación de un trombo en la vena ovárica asociada a inflamación vascular. El cuadro presenta manifestaciones clínicas inespecíficas, lo que puede dificultar el diagnóstico y favorecer complicaciones potencialmente graves, como la extensión de la trombosis, embolia pulmonar, sepsis y muerte. El diagnóstico requiere la correlación entre los hallazgos clínicos y los estudios de imagen, siendo la tomografía computarizada y la resonancia magnética herramientas importantes para la confirmación diagnóstica. El tratamiento incluye anticoagulación y antibioticoterapia, de acuerdo con la presentación clínica y la evaluación individual de la paciente. **Consideraciones finales:** La tromboflebitis de la vena ovárica debe considerarse ante manifestaciones compatibles durante el embarazo y el puerperio, especialmente debido a la posibilidad de progresión hacia complicaciones graves. El reconocimiento precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para reducir la morbimortalidad materna.

Palabras clave: Tromboflebitis, Ovario, Gestante.

INTRODUÇÃO

A tromboflebite de veia ovariana (TVO) trata-se de uma condição rara, com elevada gravidade se não identificada e tratada em tempo oportuno. Ela decorre da formação de um trombo em uma das veias ovarianas, seguida da inflamação da parede dos vasos, podendo evoluir para sepse e morte. Por mais que a TVO possa acontecer em qualquer fase da vida reprodutiva feminina, a gestação torna-se um período que apresenta risco elevado. Isso ocorre devido às alterações fisiológicas relacionadas à gestação, incluindo as interferências no sistema de coagulação sanguínea, como por exemplo, o aumento de fatores pró-coagulantes e a estase venosa (DOS SANTOS TV, 2008).

Em relação ao acometimento, a TVO costuma envolver a veia ovariana direita na maioria dos casos, correspondendo entre cerca de 70 a 80% destes. Isso ocorre por uma combinação de fatores tanto anatômicos, quanto hemodinâmicos que propiciam sua ocorrência. Dentre estas, observa-se a diferença anatômica entre as veias ovarianas direita e esquerda, visto que a direita drena diretamente para a cava inferior, podendo resultar em maior turbilhonamento de fluxo concomitante a pontos de estase, predispondo a formação de coágulos. Além disso, a veia ovariana é mais curta e vertical em relação à esquerda, predispondo a problemas de estase e de direcionamento de fluxo, predispondo a formação de trombos, especialmente quando há compressão da veia cava inferior, como pode ocorrer na gravidez (GARCIA R, et al., 2017).

A TVO em gestante apresenta elevados riscos tanto maternos quanto fetais. Com isso, a ocorrência da patologia torna a gestante suscetível à ocorrência de tromboembolismo pulmonar, isquemia seguida de infarto do ovário acometido e início de trabalho de parto de forma prematura. O feto pode estar suscetível a complicações, como por exemplo, crescimento intrauterino restrito, e se não diagnosticado e tratado adequadamente, evoluir com óbito fetal. O manejo diagnóstico e terapêutico instituído deverá sempre considerar os riscos e benefícios maternos e fetais, com monitorizações rigorosas para evitar desfechos desfavoráveis (RIBEIRO AJA, et al., 2024).

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever um caso clínico de tromboflebite de veia ovariana em gestante ocorrido em um hospital e maternidade filantrópico do município de Araguaína - TO, a fim de apresentar o manejo clínico adotado, contribuindo assim para a disseminação do conhecimento sobre essa condição clínica e para a melhoria da qualidade do atendimento prestado às gestantes com essa condição patológica.

DETALHAMENTO DO CASO

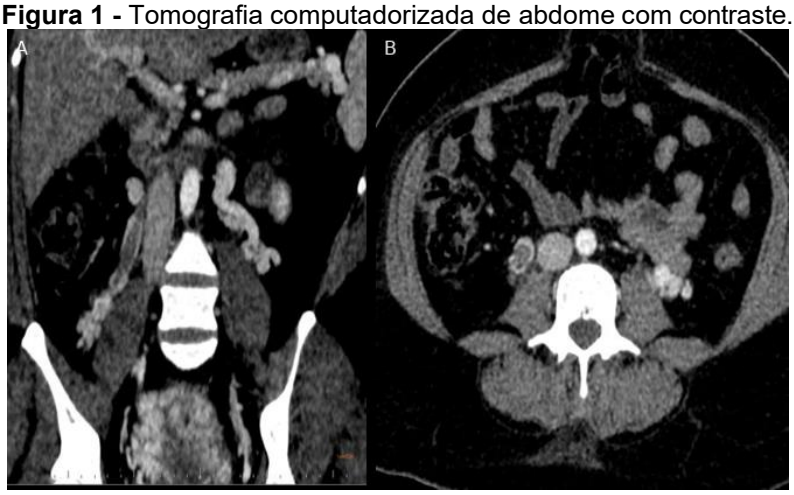
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas Econômicas e da Saúde de Araguaína - TO, com financiamento próprio, sob número de parecer 7.387.799, sendo aprovado, com CAAE: 86175625.6.0000.0014.

Paciente com 29 anos, G6P4CA1, chegou ao Pronto Atendimento Obstétrico de uma Maternidade referência no norte do estado do Tocantins, com idade gestacional (IG) pela data da última menstruação (DUM) de 15 semanas e 5 dias e pela ultrassonografia (USG) obstétrica de 15 semanas e 4 dias, realizada com 11 semanas e 1 dia. Paciente queixava-se de sangramento vaginal aumentado, associado a dor pélvica intensa, principalmente em topografia de fossa ilíaca direita, irradiando para flanco esquerdo, sem história de febre, ou outros sintomas associados. Ao toque vaginal apresentou colo fechado, posterior e com sangramento em dedo de luva. Realizou-se USG obstétrica que evidenciou oligodramnia, batimentos cardíacos fetais presentes, e idade gestacional de 15 semanas e 4 dias, foi internada em leito de alto risco pela hipótese diagnóstica inicial de ameaça de aborto.

No segundo dia de internação, paciente mantinha queixa de dor pélvica, sendo submetida a nova USG, que evidenciou feto cefálico, com peso de 134 gramas, placenta posterior, colo uterino de 34 milímetros e biometria fetal de 15 semanas e 6 dias, sem outros achados. Devido aos achados inespecíficos da USG e permanência dos sintomas clínicos, foi levantada a suspeita de abdome agudo inflamatório, com principais hipóteses sendo apendicite aguda ou quadro renal, devido a presença de proteínas aumentadas e cristais de oxalato no exame de sedimento de urina. Com isso, realizou-se ultrassonografia de abdome que revelou ectasia pielocalicial bilateral, sem causa aparente. Os exames laboratoriais evidenciaram hemoglobina de 9,4 g/dL, hematócrito de 28%, leucócitos de 15.400/mm³ com 85% de segmentados, plaquetas de 114.000/mm³ e Proteína C Reativa elevada, atingindo 192 mg/L.

Paciente foi submetida a tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste endovenoso. O exame evidenciou falha de enchimento central no interior da veia ovariana direita, com discreta densificação de gordura perivascular e presença de pequenas veias varicosas tortuosas circunjacentes, conforme mostrado na **Figura 1 A** e **B**. Devido às imagens possuírem características compatíveis com tromboflebite de veia ovariana, foi confirmado o diagnóstico da paciente.

Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdome com contraste.



Fonte: Fernandes HPM, et al., 2026.

Diante disso, a paciente recebeu avaliação da cirurgia vascular, que optou por conduta conservadora devido ao quadro gestacional. O principal diagnóstico considerado do caso foi de tromboflebite séptica pélvica da veia ovariana, sendo um caso com possibilidade rara, mas que justificava os achados clínicos tanto clínicos, quanto laboratoriais e de imagem. A paciente estava em antibioticoterapia com ampicilina-sulbactam, optando-se por troca para ceftriaxona associado a metronidazol, além da enoxaparina na dose de 60 miligramas.

A paciente seguiu durante a internação com melhora da dor abdominal, em remissão dos sintomas, com melhora quase total do quadro, mantendo sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade, seguindo em tratamento com a antibioticoterapia orientada. Cinco dias após, foram colhidos novos exames laboratoriais, que mostravam redução da leucocitose para 10.820/mm³, aumento de plaquetas para 179.000/mm³ e queda Proteína C Reativa para 48 mg/L. No entanto, a paciente evadiu da unidade hospitalar, mesmo com todas orientações de risco materno fetais implicados na patologia.

Com aproximadamente 6 semanas após evasão, paciente retornou ao hospital já com IG de 21 semanas e 2 dias pela DUM, com queixa de sangramento vaginal há 4 dias. O exame vaginal revelou colo impérvio, sangramento leve e presença de bolsa rota. Realizou-se nova USGO que mostrou achado de gestação tópica de 21 semanas, adrâmnia, batimentos cardíacos fetais presentes, peso fetal de 399 gramas, decidindo-se por nova internação na unidade para monitoramento, porém ocorrendo nova evasão. Pouco tempo após isso, paciente vem em ambulância com história de expulsão fetal, sendo internada novamente, desta vez para avaliação de curetagem uterina.

DISCUSSÃO

A tromboflebite ovariana trata-se de uma patologia rara e com diagnóstico desafiador. Isso se dá pela ausência de sintomas clínicos específicos que sugiram a ocorrência da doença, sendo a sepse uma das suas principais complicações. Existem duas formas para descrever os quadros de tromboflebite pélvica, que pode se manifestar em decorrência da tromboflebite das veias ovarianas e a tromboflebite pélvica séptica profunda (ROLIM MO, et al., 2019).

A gestação torna-se uma condição que predispõe ao surgimento de estados trombóticos, principalmente quando associado a outras patologias, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) pré-existente, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus, coagulopatias, tabagismo, HAS gestacional, síndrome de hellp, obesidade, doença renal crônica, internação hospitalar prolongada prévia, parto cesáreo e afrodescendência. Cabe ressaltar, que algumas condições infecciosas também podem contribuir para a formação de trombos, como por exemplo, a corioamnionite e a endometrite (ROLIM MO, et al., 2019).

A mulher no período gestacional passa por diversas alterações hemodinâmicas, dentre estas, observa-se elevada demanda metabólica, bem como as alterações cardiovasculares que se adaptam para suprir as novas necessidades fisiológicas. No início do primeiro trimestre ocorre aumento do volume plasmático no organismo materno, isso ocorre devido a ativação da renina como resposta ao estímulo estrogênico e de outros hormônios envolvidos na gestação (JENAYAH AA, et al., 2015).

Na gestante, o diâmetro da veia ovariana passa por uma aumento de três vezes em relação ao habitual, com um aumento do volume de fluxo sanguíneo ovariano em 60%, o que favorece a incompetência valvar ovariana. Porém, no momento do parto, ocorre uma redução repentina do fluxo sanguíneo nas veias ovarianas dilatadas, principalmente na parte posterior dos folhetos das válvulas venosas. Estes fatos, associados com a hipervolemia, lesão endotelial, hipercoagulabilidade sanguínea e estase causadas pela própria gestação, acabam se tornando um meio propício para o desenvolvimento de trombos intraluminais, e consequentemente, a incidência da TVO sendo maior no puerpério, quando comparada ao período gestacional (GAZZANA MB, et al., 2009).

Contudo, os principais fatores de risco são decorrentes de situações que predispõem a ativação da tríade de Virchow, sobretudo nas pacientes que estão em pós operatório de parto cesariano ou no pós-parto natural. A lesão endotelial ocorre devido a lesão da camada íntima da veia, que pode ocorrer secundária a infecções

uterinas, bacteremias e endotoxinas, e ainda dos traumas relacionados ao parto natural ou cesariana. A estase vascular, decorre principalmente das alterações anatômicas envolvendo o aumento do diâmetro das veias ovarianas, bem como do tamanho do ovário propriamente dito. O estado de hipercoagulabilidade, decorre das alterações fisiológicas relacionadas ao período gravídico, com interferência principalmente no que diz respeito à adesão plaquetária (SILVA GO, et al., 2022).

Acerca dos riscos fetais, ressalta-se a associação com a ocorrência de parto prematuro, visto que a evolução da infecção associada à trombose ovariana tem repercussões sistêmicas que desencadeiam o trabalho de parto prematuro.

Outras complicações incluem a restrição do crescimento intrauterino (RCIU) e a hipóxia neonatal, como consequência da redução do fluxo placentário causado por complicações como sepse e Tromboembolismo Pulmonar. Todas essas patologias corroboram para o aumento do risco de óbito fetal, principalmente quando se trata da vigência de sepse materna secundária a TVO (HEAVRIN BS e WRENN K, 2008).

A TVO manifesta-se com clínica inespecífica, sendo os principais sintomas queixas de dor no quadrante inferior direito, associado a febre, podendo haver náuseas e vômitos, mas que em geral são sintomas brandos. A lesão endotelial pode ocorrer se estendendo até a cava inferior, veias ilíacas, renais ou uterinas, e quando associada à presença de bacteremia proporciona uma resposta inflamatória sistêmica culminando em sepse (VIRMANI V, et al., 2012).

Sempre que houver a presença de febre persistente associada a dor abdominal, deve-se questionar a presença de tromboflebite pélvica associada à sepse. As manifestações clínicas oscilam conforme a evolução clínica de cada paciente, porém, nos quadros iniciais pode não haver presença de sepse, mas de acordo com a evolução, pode evoluir para septicemia grave. Os principais diagnósticos diferenciais são apendicite aguda, abscessos pélvicos, abscesso tubo-ovariano, hematomas intra cavitários e pielonefrite (YILDIRIM E, et al., 2005).

Uma parte dos pacientes iniciam o quadro já em estado grave, com febre e dor abdominal contínuas no local da veia afetada, mas que pode ocorrer ainda em topografia de flancos ou dorso. No exame físico, alguns casos podem apresentar massa abdominal sensível à palpação, de aspecto semelhante a uma corda, que costuma se estender da região central do útero até a parte lateral do abdome superior. Mulheres com essas manifestações clínicas devem ser consideradas para tromboflebite da veia ovariana (RAULT S, et al., 2007).

Pacientes que apresentam quadro de tromboflebite pélvica séptica profunda, podem manifestar sintomas mais sutis, apresentando apenas quadros febris, calafrios como os únicos sintomas, estando bem clinicamente. No exame físico abdominal, a sensibilidade à palpação é ausente ou reduzida. Geralmente, nesses casos o diagnóstico é realizado pelas queixas de febre persistente, apesar de antibioticoterapia instituída para diagnóstico presumido de endometrite, ou pela cogitação de outra infecção pélvica (BROWN CE, et al., 1999).

A presença de leucocitose maior que 12.000/microL na tromboflebite de veia ovariana, trata-se de um achado pouco específico, por estar presente em outras situações não graves que envolvam tanto a gestação e o puerpério. Apesar disso, as hemoculturas costumam ser negativas nesse contexto, sendo positiva em apenas 29% dos casos.

A presença de complicações trombóticas são raras, mas dentre elas, podem ser citadas o tromboembolismo pulmonar, migração retrógrada de trombose do sistema iliofemoral para os membros inferiores, extensão proximal ao diafragma e distal à veia femoral, trombose flutuante na veia cava, além de trombose da veia renal e obstrução ureteral (NESTAREZ JE, et al., 1984).

O diagnóstico da TVO é realizado na intenção de excluir outras patologias, sendo complementado por meio da realização de exames de imagem, como por exemplo, a ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RNM).

A intenção da investigação é verificar a presença de trombos dentro dos vasos sanguíneos, que possam justificar os sintomas apresentados pelas pacientes, buscando assim, proporcionar uma redução significativa na mortalidade (BRAZ LG, et al., 2016). A maioria desses testes diagnósticos são considerados como não

invasivos, principalmente se tratando da US por compressão, com ou sem doppler. Outros testes incluem a venografia realizada por meio da TC e a RNM. Se tratando de testes invasivos, o principal deles é a flebografia com contraste, também conhecida como venografia, sendo fundamental para a análise do sistema venoso, bem como para verificar a presença de trombos intraluminais, varizes e outras desordens (GARCIA R, et al., 2017).

O primeiro exame a ser realizado costuma ser a US por compressão, que deverá ser feita em todo o sistema venoso proximal. A presença de forte suspeição clínica para TVO, associado a ausência de alteração na US, possibilita a realização de outros testes diagnósticos.

Na presença de resultado ultrassonográfico duvidoso, além da venografia, pode-se lançar mão da RNM venosa, que demonstra boa acurácia diagnóstica, sendo sensível para identificação de trombos na panturrilha, em região iliofemoral e pelve, e tem como vantagem não ser um exame que expõe a paciente a radiação, como no caso da venografia, sendo ainda, útil para o diagnóstico de tromboses ilíacas, venosas e ovarianas (HEAVRIN BS e WRENN K, 2008).

No fim da década de 60, o tratamento da TVO era baseado no uso de anticoagulação e antibioticoterapia, mostrando-se como medida eficaz e segura. Todavia, o estudo randomizado de Brown et al com puérperas manifestando TVO e febre prolongada, não mostrou diferenças na evolução clínica entre as pacientes que fizeram uso apenas de antibiótico, com aquelas que associaram antibioticoterapia e anticoagulação, fazendo com que o uso de anticoagulantes não fosse indicado rotineiramente (BROWN CE, et al., 1999).

Atualmente, com a utilização de exames de imagem como a TC e RNM, além do diagnóstico eficaz de TVO, estes exames permitiram a avaliação da resposta terapêutica e o prognóstico das pacientes com o uso de anticoagulação. Assim que o diagnóstico é estabelecido, as pacientes com TVO devem receber antibioticoterapia de amplo espectro, por no mínimo até 48 horas que apresentam melhora clínica, associado com a prescrição de anticoagulantes em dose profilática de 30 e 90 dias, ou por mais tempo, a depender das particularidades de cada paciente e do nível de complexidade e de acometimento causado pela TVO (DEHESA GARCÍA A, et al., 2018).

A definição atual do manejo terapêutico da TVO é realizada com a administração de anticoagulantes, porém, considerando sempre os riscos relacionados ao seu uso, pelas chances de eventos hemorrágicos ou outros efeitos adversos associados à gestação, como por exemplo, o risco de hemorragia intracraniana fetal ou sangramentos intraparto.

Os anticoagulantes mais utilizados são a heparina e a enoxaparina sendo administrados cuidadosamente e sob monitorização. A principal complicação a longo prazo é a síndrome pós-trombótica, que se manifesta por dor crônica, edema e alterações cutâneas causadas pelo dano na veia ovariana e na circulação venosa pélvica (VERDE F e JOHNSON PT, 2012).

A tromboflebite pélvica séptica também pode ocorrer em diferentes contextos obstétricos, sendo descrita, inclusive, após abortamento no segundo trimestre, reforçando a importância da consideração dessa condição diante de quadros compatíveis no período gestacional e puerperal (NUNES IG, et al., 2026). Além disso, relatos recentes de tromboflebite pélvica séptica em hospitais de referência reforçam a necessidade de reconhecimento clínico e manejo adequado dessa condição, especialmente em pacientes no período pós-parto (AKBARI E, et al., 2023). Relatos de casos de tromboflebite da veia ovariana direita também demonstram a relevância dos exames de imagem para o estabelecimento diagnóstico da doença (LONGOMBE L, et al., 2024).

A tromboflebite da veia ovariana é uma complicação rara e potencialmente grave da gestação, cujo diagnóstico precoce é fundamental para evitar complicações tromboembólicas. No presente caso, o reconhecimento clínico e radiológico da condição permitiu a instituição adequada do tratamento, com evolução clínica favorável e resolução do quadro, reforçando a importância de considerar essa condição no diagnóstico diferencial de dor abdominal e pélvica em gestantes e enfatizando a importância da adesão ao tratamento prescrito.

REFERÊNCIAS

1. AKBARI E, et al. Postpartum septic pelvic thrombophlebitis in a tertiary maternity hospital in Dubai, UAE. Cureus, 2023; 15: e36452.
2. BRAZ LG, et al. Relato de caso: tratamento endovascular de trauma hepático. Jornal Vascular Brasileiro, 2016; 15(2): 161-165.
3. BROWN CE, et al. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1999; 181(1): 143-148.
4. DEHESA GARCÍA A, et al. Lesiones benignas de la pelvis femenina: hallazgos por RM. SERAM, 2018.
5. DOS SANTOS TV. Morte materna. Tese de Doutorado (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
6. GAKHAL MS, et al. Ovarian vein thrombosis: analysis of patient age, etiology, and side of involvement. Delaware Medical Journal, 2013; 85(2): 45-50.
7. GARCIA R, et al. A rare case of idiopathic bilateral ovarian vein thrombosis. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, 2017; 5(4): 567-570.
8. GAZZANA MB, et al. Tromboembolismo venoso agudo. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2009; 93: 152-156.
9. HEAVRIN BS, WRENN K. Ovarian vein thrombosis: a rare cause of abdominal pain outside the peripartum period. The Journal of Emergency Medicine, 2008; 34(1): 67-69.
10. JENAYAH AA, et al. Ovarian vein thrombosis. Pan African Medical Journal, 2015; 21: 1.
11. LONGOMBE L, et al. Radiological diagnosis of thrombophlebitis of the right ovarian vein: a case report. Asian Journal of Case Reports in Medicine and Health, 2024; 7(1): 209.
12. NESTAREZ JE, et al. Tromboflebite pélvica séptica: estudo de 13 pacientes tratadas com heparina. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1984: 146-150.
13. NUNES IG, et al. Ovarian vein thrombophlebitis as a complication of second trimester abortion. BMJ Case Reports, 2026; 19: e269604.
14. RAULT S, et al. Thrombophlebitis of the right ovarian vein with thrombosis of the inferior vena cava in the post-partum. Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2007; 35(7-8): 658-661.
15. RIBEIRO AJA, et al. Doença venosa crônica em mulheres. Medicina, Ciência e Arte, 2024; 3(1): 51-59.
16. ROLIM MO, et al. Tromboflebite pélvica séptica em puérpera: relato de caso. Monografia/relatório universitário, 2019.
17. SILVA GO, et al. Trombose de varizes pélvicas na gestação: um relato de caso. Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde, 2022; 7(2): 51-54.
18. VERDE F, JOHNSON PT. One not to miss: ovarian vein thrombosis causing pulmonary embolism with literature review. Journal of Radiology Case Reports, 2012; 6(9): 23.
19. VIRMANI V, et al. Ultrasound, computed tomography, and magnetic resonance imaging of ovarian vein thrombosis in obstetrical and nonobstetrical patients. Canadian Association of Radiologists Journal, 2012; 63(2): 109-118.
20. YILDIRIM E, et al. Isolated idiopathic ovarian vein thrombosis: a rare case. International Urogynecology Journal, 2005; 16: 308-310.