

CARTAS AL EDITOR

Tromboflebitis posparto de la vena ovárica con extensión a la vena cava inferior

Tromboflebitis posparto.

Sr. Editor: Más del 20% de las cesáreas de alto riesgo presentan fiebre puerperal secundaria, por lo general, a infecciones uterinas a pesar de una correcta profilaxis antibiótica. Un 10% de estas pacientes desarrollan complicaciones graves, como fletones parametrales, abscesos pélvicos, dehiscencias uterinas y tromboflebitis posparto de la vena ovárica (TPVO)¹. La importancia clínica de esta última entidad reside en que, si bien es poco prevalente, entre un 0,15 y un 0,18%², puede presentar complicaciones potencialmente fatales, con una mortalidad que alcanza hasta las 18 muertes/millón de embarazos³. Se describe un caso de tromboflebitis de la vena ovárica después de un parto por cesárea, con extensión a la vena cava inferior, y compresión del uréter derecho, haciendo especial hincapié en su diagnóstico y tratamiento temprano.

Mujer de 18 años, primipara, que ingresó para la realización de una cesárea a las 38,4 semanas de gestación por parto estacionado. No había antecedentes de interés, ni historia personal ni familiar de fenómenos trombóticos. El recién nacido tenía un peso de 3,315 g, y un test de Apgar de 9-10. El estudio histopatológico de la placenta no puso de manifiesto signos de inflamación ni infección. A los 3 días de la intervención presentó fiebre de 39 °C. En las pruebas de laboratorio destacaban: hemoglobina, 69 g/l, y leucocitos, 12,340 × 10⁹/l. El perfil de riesgo trombótico no reveló alteraciones. Previa extracción de muestras para cultivo, se administraron 2 g/6 h de cefotaxima y 600 mg/6 h de clindamicina intravenosas. A las 48 h de instaurar dicho tratamiento, persistía la fiebre y la paciente presentó dolor en la fossa ilíaca derecha, donde se palpaba una masa alargada. Se practicó una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica que evidenció una trombosis de todo el trayecto de la vena ovárica derecha, con extensión a la vena cava, y una discreta ectasia del uréter derecho (fig. 1). Se practicó, así mismo, una angiorensonancia nuclear magnética, que puso de manifiesto una estenosis del 50% de la luz de la cava inferior, y mediante una gammagrafía pulmonar ventilación/perfusión se descartó la presencia de embolias pulmonares. Se inició anticoagulación con heparina sódica en perfusión continua mediante bomba de infusión, a razón de 10 mg/h, con lo que a los 3 días desapareció la fiebre. Los hemocultivos y los cultivos de los loquios fueron negativos. La antibióterapia se suspendió a los 15 días de tratamiento. Después de 3 semanas de estancia hospitalaria, la paciente fue dada de alta asintomática y afebril en tratamiento con acenocumarol. Una TC practicada a los 2 meses del alta evidenció la completa resolución de la TPVO derecha, suspendiéndose el dicumarínico a los 6 meses de tratamiento.

La tromboflebitis o trombosis de la vena ovárica, términos utilizados de forma indistinta para designar la misma entidad, traducen las dos posibles teorías etiopatogénicas⁴. La primera hace hincapié en una endometritis como causa principal, y la segunda lo atribuye a un fenómeno primario de hipercoagulabilidad y cambios en el flujo venoso ovárico propios del embarazo. El cuadro clínico de la TPVO se caracteriza por la aparición de fiebre en agujas, a menudo con escalofríos, en los 2 a 3 días inmediatos al parto, natural o por cesárea, y dolor en la fossa ilíaca derecha y/o en el flanco derecho. Tradicionalmente el diagnóstico clínico se fundamentaba en la palpación de una masa dolorosa y alargada en el cuadrante inferior del abdomen y en la presencia de fiebre que no responde al tratamiento antibiótico de amplio espectro y sí al «test de la heparina». Su administración produce la defervescencia



Fig. 1. Tomografía computarizada que pone de manifiesto la trombosis de la vena ovárica derecha con extensión al interior de la vena cava. El trombo aparece como un área hipodensa en su interior.

del cuadro febril a las 48-72 h⁴, siendo por tanto diagnóstica y terapéutica. En la actualidad, la utilización de técnicas de diagnóstico por la imagen, como la TC y la resonancia nuclear magnética, en el estudio sistemático de la fiebre puerperal permite una evaluación mucho más precisa de la región pélvica y confirmar, por tanto, el diagnóstico de TPVO⁵. La importancia de un diagnóstico temprano radica en la prevención de sus potenciales complicaciones, con extensión a estructuras vasculares vecinas como la vena cava inferior y las venas renales⁶, compresión ureteral en ocasiones con hidronefrosis del riñón derecho⁷ y el riesgo de tromboembolismo pulmonar⁴. En el presente caso no tuvo que recurrirse a procedimientos quirúrgicos, como ligadura o escisión de la vena trombosada e incluso ligadura de la vena cava inferior, al haberse descartado la existencia de embolismos pulmonares. Por otra parte, ante la aparición de un trombo en el interior de la vena cava, algunos autores proponen la práctica de una trombectomía⁸ y otros, la colocación de un filtro de Greenfield^{6,9}. No obstante, conviene recordar que la manipulación quirúrgica también se ha asociado a la aparición de tromboembolismo pulmonar^{4,8}, y los filtros de la vena cava con la aparición de trombosis venosa profunda recidivante¹⁰. En nuestro caso, se consiguió la resolución del cuadro clínico con tratamiento médico exclusivamente.

Alfons Aguirre, August Superviá, Ramón Carreras^a y Juan Pedro-Botet

Servicio de Medicina Interna y ^aObstetricia y Ginecología. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona.

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NJ, Gilstrap LC. Puerperal infection. En: Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NJ, Gilstrap LC, editores. *Williams Obstetrics*. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1993; 627-642.
2. Savader SJ, Otero RR, Savader BL. Puerperal ovarian vein thrombosis: evaluation with CT, US and MR imaging. *Radiology* 1988; 167: 637-639.
3. Josey WE, Staggers SR. Heparin therapy in septic pelvic thrombophlebitis: a study of 46 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 120: 228-233.
4. Dunnihoo DR, Gallapsy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46: 415-427.
5. Twickler DM, Setiawan AT, Evans RS, Erdman WA, Stettler RW, Brown CEL et al. Imaging of puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT, and sonography. *Am J Roentgenol* 1997; 169: 1039-1043.
6. Christine SC, Stuart AH. Puerperal ovarian vein thrombosis with extension into the inferior vena cava. *Am Surg* 1999; 65: 147-150.
7. Toland KC, Pelander WM, Mohr SJ. Postpartum ovarian vein thrombosis presenting as ureteral obstruction: a case report and review of the literature. *J Urol* 1993; 149: 1538-1540.
8. Hassen-Kodja R, Gillet JY, Batt M. Thrombophlebitis of the ovarian vein with free-floating thrombus in the inferior vena cava. *Ann Vasc Surg* 1993; 7: 582-586.
9. Sullivan TM, Martinez BD, Lemmon G, Clark PM, Schwartz RA, Bondy B. Clinical experience with the Greenfield filter in 193 patients and description of a new technique for operative insertion. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 117-122.
10. Decousus H, Leizorovicz A, Parent F, Page Y, Tardy B, Girard P et al. A clinical trial of vena cava filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis. *Prevention du Risque d'Embolie Pulmonaire par Interruption Cave Study Group*. *N Engl J Med* 1998; 338: 409-415.

Endocrinology no es una revista de endocrinología clínica

Publicaciones biomédicas.

Sr. Editor: Hemos leído con interés el trabajo de Trilla et al¹ sobre las publicaciones realizadas por autores españoles en el período 1993-1997 en revistas clínicas con factor de impacto elevado, y quisieramos hacer algunas consideraciones. En relación con la especialidad de endocrinología se incluye como una de las revistas evaluadas *Endocrinology*. Esta revista es editada por The Endocrine Society, que su vez también edita *The Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, *Molecular Endocrinology* y *Endocrine Reviews*. Como el propio editor de *Endocrinology*, Kenneth S. Kotrach, establece, y se puede comprobar en cualquier número de la revista o en la web de la Sociedad (www.endo.edoc.com), *Endocrinology* nunca publica trabajos de investigación clínica, ya que sólo acepta estudios que valoren la fisiología endocrina desde mecanismos subcelulares al funcionamiento del animal entero. Por tanto, no creemos que esta revista pueda ser incluida para ser valorada en el estudio publicado por Trilla et al¹, aunque como los autores expresan en la «Discusión» cada vez sea más difícil diferenciar investigación básica de investigación clínica. Creemos que, en lugar de *Endocrinology*, los autores deberían haber escogido *The Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, que como su propio título indica es una revista sobre endocrinología clínica y, probablemente, es la más prestigiosa en ese ámbito. Creemos que las otras tres revistas elegidas para la especialidad de endocrinología clínica (*Diabetes Care*, *Clinical Endocrinology* y *Diabetic Medicine*) son adecuadas para el objetivo que se pretende evaluar, aunque todas ellas tienen un factor de impacto claramente inferior al *The Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*. Es previsible que este cambio puede alterar la valoración que sobre la especialidad de endocrinología se describe en el artículo de Trilla et al¹. Por otro lado, en el trabajo de Trilla et al¹ se establecen una serie de diferencias cualitativas entre las publicaciones según la especialidad médica, y se valora cada una de ellas en fun-