

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 flemones parametriales, 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, primípara, 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 fosa 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 angiorresonancia 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 antibioterapia 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 fosa 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

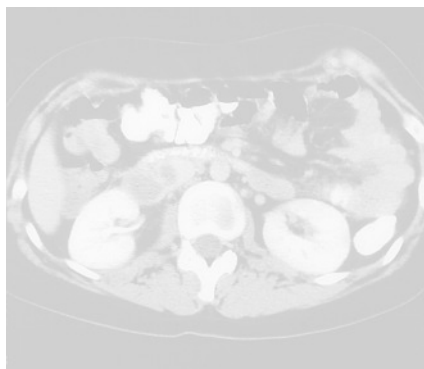


Fig. 1. Tomografía computarizada que pone de manifiesto la trombosis de la vena ovárica derecha con extensión al interior de la vena cava. El trombo aparece como un área hipodensa en su interior.

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 uretral en ocasiones con hidronefrosis del riñón derecho⁷ y el riesgo de tromboembolismo pulmonar⁸. En el presente caso no tuvo que recurrirse a procedimientos quirúrgicos, como ligadura o escisión de la vena trombosa 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 trombectomía⁹, 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 Supervía,
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. Dunnihoop DR, Gallaspy 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, Martínez 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 quisiéramos 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. Korach, 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-

ción de la situación en otros países de Europa. Creemos que habría sido más interesante valorar la producción española de cada especialidad según los recursos humanos y materiales dedicados a investigación en cada una de ellas. Además, también habría sido útil valorar si los recursos que se destinan se adecuan a las necesidades reales de nuestra sociedad (es decir, al gasto sociosanitario que implica la atención de las enfermedades más prevalentes). Estas variables resultan, sin duda, más difíciles de medir, pero es lógico pensar que las especialidades con menos recursos para la investigación sean las que obtienen una peor calificación relativa. Creemos que es interesante valorar el rendimiento de las especialidades globalmente, pero que aún lo es más valorar el rendimiento por número de investigadores y por los recursos económicos destinados a cada una de ellas. Además, de esta forma se podría obtener información sobre los posibles desequilibrios entre el gasto que producen las enfermedades y los recursos que se destinan a solucionarlas. Sólo así se pueden conseguir índices que permitan obtener una comparación adecuada entre las distintas especialidades. Estos aspectos pueden explicar quizá parte de la variabilidad detectada entre las diversas especialidades.

Trilla et al¹ acaban la discusión estableciendo la siguiente equivalencia: investigación de calidad igual a investigación que se publica en revistas de mayor prestigio y factor de impacto, igual a investigación que es capaz de contribuir más al progreso de la medicina, que contribuye más a la mejora de la salud de los individuos. Creo que existen numerosos ejemplos de investigación de calidad discutible publicados en revistas de prestigio y a la inversa. Además, el factor de impacto es variable con el tiempo y probablemente, por lo menos en algunos casos, más que de revistas prestigiosas deberíamos hablar de revistas famosas. Prestigio y fama parecen iguales, pero no son lo mismo.

Probablemente sea imposible una buena investigación clínica sin un buen soporte básico y a la inversa. No obstante, se tiende a equipar investigación básica con investigación de más calidad, debido en parte a que en general se publica en revistas de mayor impacto². A pesar de ello, el efecto que en la mejora de la salud de los individuos tiene la investigación clínicoepidemiológica en el presente es muy importante, aunque se publique en revistas de menos impacto. La importancia de la investigación básica se proyecta más sobre la salud de los individuos en un futuro, que esperemos esté próximo.

José Miguel González-Clemente^a
y Gabriel Giménez-Pérez

Unitat de Endocrinologia, Diabetis i Nutrició. Corporació Sanitària Parc Taulí. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí. Sabadell. ^aDepartament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

1. Trilla A, Aymerich M, Giol M, Carné X, Asenjo MA, Rodés J. Análisis comparativo de las publicaciones realizadas por autores españoles (1993-1997) en revistas clínicas con factor de impacto elevado. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 609-613.
2. Rodés J, Trilla A. Fórmulas para la integración de la formación básica y clínica en medicina. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 379-382.

Sr. Editor: Con relación a la carta de González-Clemente y Giménez-Pérez, a los que agradecemos su interés y sugerencias, quisiéramos comentar lo siguiente.

Los autores indican que la revista *Endocrinology* no publica nunca trabajos de investigación clínica. Lamentamos esta diferencia de opinión con la expresada por los dos expertos consultados para el desarrollo del trabajo original, tal como se indica en su apartado «Material y métodos»¹. El sistema de clasificación e identificación empleado por nosotros no incluía la consulta a la propia revista ni a las páginas web de las Sociedades científicas implicadas. No obstante, siguiendo su sugerencia, hemos procedido a efectuar un nuevo análisis de los datos referidos a la especialidad de endocrinología, sustituyendo la revista *Endocrinology* por el *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. Los resultados de dicho análisis se resumen en la tabla 1. La consecuencia más importante de esta sustitución es la reducción tanto del número de artículos publicados por autores españoles como del factor de impacto global de la especialidad, junto a un cambio de orden en la producción relativa por países. España sigue, no obstante, ocupando el sexto lugar entre los 6 países analizados en la especialidad de endocrinología. Los resultados globales del análisis original para el conjunto de especialidades no se modifican significativamente con este cambio.

Por otro lado, compartimos el comentario de los autores de la carta respecto a la utilidad de valorar la producción científica de cada especialidad según los recursos humanos y materiales dedicados a investigación en cada una de ellas. Lamentablemente, los denominadores para estos cálculos no son fáciles de obtener ni valorar adecuadamente y, en todo caso, no fueron accesibles para nosotros durante el desarrollo del trabajo original. La misma línea de razonamiento es aplicable a la utilidad de relacionar dichos recursos con el gasto sociosanitario que implica la atención a las enfermedades más prevalentes en nuestro entorno. Los autores de la carta citada indican también que la relación entre investigación de calidad, con resultados científicamente válidos, difundida en las revistas biomédicas de mayor prestigio y factor de impacto, y que, por ello, tenga más probabilidades de contribuir a la mejora de la salud de los individuos y las poblaciones, es cuestionable, dado que, en su opinión, «se publican numerosos trabajos de calidad discutible en revistas de prestigio y a la inversa». A

pesar de que todos podemos citar algún ejemplo de trabajo científico de calidad discutible publicado en revistas de prestigio, creemos que, aun con todas las reservas, sesgos y opacidades que el proceso editorial y el sistema de *peer-review* pueden tener, esta situación es más bien la excepción y no la regla entre la comunidad científica biomédica, y el propio proceso garantiza un mayor porcentaje de aciertos que errores. De no ser así, el prestigio de la revista sin duda se resiente a medio plazo, situación de la que se pueden citar algunos ejemplos recientes.

Finalmente, es obvio que el factor de impacto es variable con el tiempo. La diferencia de acepción, según el diccionario de la RAE², entre «prestigio» (del latín *praestigium*): realce, estimación, renombre, buen crédito, ascendiente, influencia o autoridad, y «fama» (del latín *fama*): opinión que las gentes tienen de una persona, opinión que la gente tiene de la excelencia de un sujeto en su profesión o arte, indica que el término más adecuado para referirse a las revistas biomédicas analizadas, tanto desde el punto de vista conceptual como semántico, es probablemente «prestigio», reservando «fama» para referirse más apropiadamente a personas. Además, en ocasiones el término «fama» tiene o puede tener connotaciones negativas, derivadas quizás de su origen mitológico clásico («... la Fama, la más veloz de todas las plagas, que vive con la movilidad y corriendo se fortalece...»³), opinión que creemos comparten los autores de la carta. De ahí que el término empleado por nosotros fuese, en todo el artículo original, el de «revistas de prestigio». Todos nosotros¹ realizamos, mayoritariamente, investigación clínicoepidemiológica, y comprendemos perfectamente la sensación de estar en cierta desventaja con los investigadores más básicos, especialmente al considerar los resultados en forma de publicaciones biomédicas en revistas de mayor prestigio e impacto. La integración de ambos tipos de investigación y el desarrollo de trabajos clínicoepidemiológicos de gran calidad y trascendencia o relevancia clínica son dos posibles vías para reducir estas diferencias⁴.

Antoni Trilla, Xavier Carné,
Miguel Ángel Asenjo y Joan Rodés

Centre d'Epidemiologia, Avaluació, Suport i Prevenció (CEASP). IDIBAPS. Hospital Clínic de Barcelona.

1. Trilla A, Aymerich M, Giol M, Carné X, Asenjo MA, Rodés J. Análisis comparativo de las publicaciones realizadas por autores españoles (1993-1997) en revistas clínicas con factor de impacto elevado. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 609-613.
2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (21.ª ed.). Madrid: Espasa Calpe, 1992.
3. Virgilio. La Eneida (7.ª ed.). Madrid: Espasa Calpe, 1969; 69.
4. Rodés J, Trilla A. Fórmulas para la integración de la formación básica y clínica en medicina. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 379-382.

TABLA 1

Efecto de la sustitución de la revista *Endocrinology* (datos originales entre paréntesis) por *J Clin Endocrinol Metabolism* (datos nuevos, sin paréntesis) en la producción científica del área de endocrinología (1993-1997)²

	Alemania	Francia	Holanda	Italia	Suecia	España
N.º de artículos	249 (177)	257 (316)	206 (180)	448 (258)	243 (198)	78 (128)
Factor de impacto	827,5 (597,3)	859,5 (1.255,6)	612,9 (558)	1.455,3 (743,3)	677,5 (535,5)	233,9 (494,9)
Producción relativa según FI	57 (48)	59 (100)	42 (44)	100 (59)	47 (43)	16 (39)