



Respuesta del autor

Sr. Director: En su revisión de la literatura médica, Pérez del Llano no incluye el estudio prospectivo y multicéntrico metodológicamente más riguroso diseñado para evaluar la utilidad diagnóstica de la angiotomografía axial computarizada (angio-TAC) de tórax en pacientes con sospecha de tromboembolia de pulmón (TEP): el estudio PIOPED II¹. En este estudio la sensibilidad de la angio-TAC multicorte, interpretada por un panel central e independiente de radiólogos, fue del 82%, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a nuestro estudio² –82% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 77-88%) y 72% (IC del 95%, 63-81%); *p* no significativa-. Curiosamente la sensibilidad de la angio-TAC multicorte en este estudio fue significativamente inferior a la del estudio con angio-TAC de un solo corte de Pérez del Llano et al³ –82% (IC del 95%, 77-88%), frente al 99% (IC del 95%, 97-100%); *p* < 0,0001-. Resulta difícil explicar estos hallazgos por errores metodológicos o problemas técnicos en la ejecución de la angio-TAC en el estudio PIOPED II.

En relación con los comentarios sobre la ecografía de miembros inferiores, nos gustaría recalcar que nuestro estudio fue retrospectivo y, por tanto, no se realizó ninguna intervención protocolizada sobre los pacientes. Evaluamos la sensibilidad de la angio-TAC con independencia de que simultáneamente se efectuara una ecografía de miembros inferiores. Si la ecografía era positiva, se procedía a anticoagular al paciente y el resultado de la angio-TAC se interpretaba como falso negativo. En concreto, se realizó una ecografía de miembros inferiores al 33% de los 99 pacientes con angio-

CARTAS AL DIRECTOR

TAC de tórax negativa. Actualmente continuamos el reclutamiento de pacientes en un estudio prospectivo que evalúa el valor pronóstico de la ecografía de miembros inferiores en pacientes con TEP confirmada. El análisis intermedio se realizó con 522 pacientes consecutivos (281 pacientes en el estudio ESSEP⁴). Encontramos síntomas o signos de trombosis venosa profunda (TVP) en el 26% de los pacientes (135/522). La prevalencia de TVP fue del 51% (267/522) en nuestra serie.

El porcentaje de pacientes con probabilidad clínica alta, determinada por la puntuación de Wells, fue muy elevado. Interpretamos este hallazgo por la disponibilidad en nuestro centro tanto de estudio gammagráfico como de angio-TAC para el diagnóstico de TEP. La sobrecarga del Servicio de Radiología induce a la petición sistemática de gammagrafías, mientras que las angio-TAC se solicitan en pacientes con alta sospecha clínica. La concordancia interobservador en la adjudicación de la probabilidad clínica fue del 91% en este estudio. En nuestra serie general de 605 pacientes consecutivos con diagnóstico de TEP, la distribución de probabilidades clínicas bajas, intermedias y altas es del 22% (134/605), el 73% (439/605) y el 5% (32/605), respectivamente.

Diferimos profundamente de la opinión de Pérez del Llano sobre la necesidad de evaluar las recurrencias con la misma técnica que se está validando (?). En esta misma línea se desarrolló el método del estudio PIOPED II, que considera definitivo el diagnóstico de TEP mediante: gammagrafía de ventilación-perfusión de alta probabilidad en paciente sin historia previa de TEP, angiografía de sustracción digital patológica y/o ecografía de miembros inferiores anormal en paciente sin antecedentes de TVP, y/o gammagrafía de ventilación-perfusión no concluyente con ecografía de miembros inferiores diagnóstica de TVP¹. No hay consenso o recomendación de expertos que no considere definitivo el diagnóstico de TEP mediante una prueba o combinación de pruebas con un valor predictivo positivo superior al 85%⁵. De esta forma, una gammagrafía de ventilación-perfusión de alta probabilidad en pacientes con probabilidad clínica intermedia o alta de TEP es diagnóstica e indica la anticoagulación del paciente⁶.

David Jiménez Castro

Servicio de Neumología.

Hospital Ramón y Cajal.

Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

1. Stein PD, Fowler SE, Goodman LR, et al. Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 2006;354:2317-27.
2. Jiménez D, Gómez M, Herrero R, et al. Aparición de episodios tromboembólicos en pacientes con angiotomografía axial computarizada simple negativa: estudio retrospectivo de 165 pacientes. *Arch Bronconeumol.* 2006;42:344-8.
3. Pérez del Llano LA, Veres Racamonde A, Ortiz Pique M, et al. Safety of withholding anticoagulant therapy in patients who have clinically suspected pulmonary embolism and negative results on helical computed tomography. *Respiration.* 2006;73: 514-9.
4. Girard P, Sánchez O, Leroyer C, et al. Deep venous thrombosis in patients with acute pulmonary embolism. *Chest.* 2005; 128:1593-600.
5. Kearon C. Diagnosis of pulmonary embolism. *CMAJ.* 2003;168:183-94.
6. Hull RD, Hirsh J, Carter CJ, et al. Pulmonary angiography, ventilation lung scanning, and venography for clinically suspected pulmonary embolism with abnormal perfusion lung scan. *Ann Intern Med.* 1983; 98:891-9.