



Terminología en lesiones endobronquiales sospechosas de neoplasia

Sr. Director: En el reciente artículo "Propuesta de terminología de lesiones endobronquiales en pacientes con sospecha de neoplasia bronquial"¹, se destaca el problema que se plantea en la descripción de las lesiones endobronquiales. Se propone una descripción de los hallazgos endoscópicos para detectar el cáncer bronquial y, como dicen las autoras, homogeneizar la terminología a fin de reducir la variabilidad de descripciones y facilitar la comunicación. En pocas palabras, intentar que todos los endoscopistas hablemos "el mismo idioma" al realizar exploraciones en distintos centros para un mejor diagnóstico y seguimiento.

Este mismo propósito tuvieron autores bosnios² al correlacionar las características endoscópicas con los más frecuentes tipos histológicos de carcinoma broncopulmonar en una lámina (póster) presentada en el XIV Congreso Mundial de Broncología, celebrado en Buenos Aires en junio de 2006. Más lejos en el tiempo, los hallazgos se clasificaron³, de acuerdo con lo establecido por la Japan Lung Cancer Society en 1978, en lesiones intraluminales, de la pared bronquial o extraluminales.

Desde siempre, la evaluación en diferentes épocas y con distintos métodos para especificar las características endoscópicas del carcinoma broncopulmonar ha buscado invariablemente una evidencia en la descripción de los hallazgos que facilite su interpretación y no deje dudas de la necesidad de confirmar, con el estudio citohistológico (obtenido por cepillado, lavado y biopsia transbronquiales) lo observado endoscópicamente. Es una prueba más de que el conocimiento científico, en las diversas especialidades de la medicina, se basa en la resolución de problemas con la mejor evidencia disponible⁴, y esta propuesta así lo expresa con detallada y concisa seguridad.

Eduardo Benigno Arribalzaga

División de Cirugía Torácica. Hospital de Clínicas. Buenos Aires. Argentina.

1. Blanco I, Burgués C, Puzo C. Propuesta de terminología de las lesiones endobronquiales en pacientes con sospecha de neoplasia bronquial. Arch Bronconeumol. 2007;43:36-9.
2. Duronjic M, Jandric K, Jandric L, Korica R, Arnatovic R. Endoscopic characteristics of particular bronchopulmonary carcinoma types. Poster presentation Ner. 005. Actas de 14th World Congress for Bronchology; 2006, junio 25-28; Buenos Aires.
3. Oho K, Amemiya R. Practical fiberoptic bronchoscopy. Tokio: Igaku Shoin; 1980.
4. Arribalzaga EB, Mihura ME. Cirugía basada en la evidencia: ¿moda, mito o metodología moderna? Rev Argent Cirug. 2001; 81:18-29.



Estratificación pronóstica en los pacientes con EPOC agudizada que requieren hospitalización. Más humo que señales

Sr. Director: Llama la atención cómo, a pesar de que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye el diagnóstico frecuente entre los listados de ingresos hospitalarios, y un diagnóstico diferencial omnipresente en adultos de mediana edad en adelante que acuden con cuadro de dificultad respiratoria a los departamentos de urgencias de cualquier centro, los médicos responsables de la valoración inicial de estos pacientes no contemos, a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades (respiratorias o no), con una escala que nos permita de alguna manera objetivar u homogeneizar nuestros criterios de gravedad ante un cuadro de agudización de esta enfermedad en cuestión, que por otra parte presenta manifestaciones clínicas y exámenes complementarios relativamente heterogéneos¹.

¿Cómo, o mejor, cuándo "hablaremos el mismo idioma" para referirnos a cuán grave está un paciente X, si nuestras valoraciones, basadas en impresiones, no se escudan en un método más integral, estandarizado y reproducible, que ayude por lo demás a planificar el tratamiento posterior y los recursos disponibles?

Que tengamos conocimiento, la única escala seria y válida en el campo de la EPOC para el establecimiento de pronósticos (escala BODE²) no está diseñada para su empleo como una herramienta cotidiana allí donde el correcto diagnóstico y la toma de decisiones son más críticos, pues esa primera valoración constituirá, como todo médico sabe, el primer eslabón de una cadena de aciertos o de errores durante la estancia hospitalaria.

Consideramos que la mayor dificultad radica, en primer lugar, en qué variables deberá poseer una escala que pretenda estratificar a estos pacientes, pues son diversos los factores que parecen influir. En este sentido, nosotros estamos trabajando en el diseño de una escala a partir de los resultados de un estudio prospectivo y correlacional de serie de casos, realizado en el Hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos, Cuba.

En dicho estudio, que concluyó en 2004 y donde se recogieron datos de todo el año 2003, se analizó el universo de pacientes que ingresaron en los Servicios de Medicina Interna, Geriátrica y Terapia Intensiva de dicho centro asistencial con el diagnóstico de EPOC descompensada por infección respiratoria en sus grados moderado y grave (n = 174). Tras una encuesta aplicada a su llegada al Departamento de Urgencias, que incluía el análisis de 73 variables clínicas y paraclínicas, se vigiló la evolución posterior de todos los pacientes en dichos servicios. Luego se procedió a contrastar dichas variables entre los que sobrevivieron y los fallecidos a través de análisis uni y multivariado. Las variables que constituyeron factores de riesgo independientes para la mortalidad por EPOC fueron:

edad igual o superior a 65 años; frecuencia cardíaca en reposo mayor de 100 lat/min; frecuencia respiratoria igual o superior a 30 respiraciones/min; alteración del estado mental; pH inferior a 7,35 en la gasometría arterial; lesiones inflamatorias bilaterales en la radiografía de tórax; presencia de onda P pulmonar y/o eje eléctrico desviado a la derecha en el electrocardiograma, y la necesidad de ventilación mecánica a la llegada al hospital.

Que estas 8 variables sean capaces de responder en un futuro a la pregunta de cómo y cuándo podemos admitir al paciente X en un determinado servicio de un hospital es algo que aún tiene que demostrarse. ¿Se ordenará el caos o "caotizaremos" el orden? Sólo el tiempo y las estadísticas tendrán la última palabra.

Gerardo Rivero González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

1. Kinnunen T, Saynajakangas O, Keistinen T. The COPD-induced hospitalization burden from first admission to death. Respir Med. 2007;101:294-9.
2. Celli BR, Cote CG, Marín JM, Casanova C, Montes de Oca M, Méndez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004;350:1005-12.



Limitaciones de la angiotomografía computarizada en el diagnóstico de la tromboembolia pulmonar

Sr. Director: Tras leer la interesante publicación de Jiménez et al¹ en su Revista, en la que se advierte contra el uso de la angiotomografía computarizada (angio-TC) de tórax helicoidal no multidetectora como única prueba para la exclusión de la tromboembolia pulmonar (TEP), estamos de acuerdo en dicha recomendación para el grupo de pacientes con alta probabilidad clínica de TEP. No obstante, el estudio adolece de una serie de limitaciones, relacionadas con su diseño restrictivo, que conducen a un valor predictivo negativo extremadamente bajo (65%) para TEP. Esto contrasta con series recientes que incluyen a un mayor número de pacientes², en las que se concluye que es seguro interrumpir la anticoagulación en pacientes con sospecha de TEP y angio-TC negativa, al observar una incidencia acumulada a los 3 meses del 0,5% de eventos tromboembólicos venosos (intervalo de confianza del 95%, 0,1-1,0%), que dista mucho del 35% (intervalo de confianza del 95%, 26-45%) publicado por Jiménez et al¹. ¿Cuáles son las posibles explicaciones de estos resultados tan dispares?

En el editorial que acompaña el artículo³ se apuntan algunas de las limitaciones de este estudio, reconocidas y justificadas por los autores, como que el número de pacientes incluidos no es elevado, que los radiólogos no eran especialistas en el sistema vascular pul-

monar y que no se midió la variabilidad interobservador de las lecturas. A éstas podría añadirse que tampoco se menciona el retraso medio entre el inicio de la clínica de TEP y/o de la sospecha clínica y la realización del estudio de angio-TC, ya que demoras importantes pueden producir resultados falsos negativos. Asimismo, tampoco se hace referencia a la calidad de los estudios.

El éxito diagnóstico de la angio-TC pulmonar depende, entre otros factores, de una técnica de realización adecuada (volumen de contraste y ritmo de perfusión idóneos, tiempo de retraso de adquisición de imágenes adecuado, etc.), así como de las condiciones y colaboración del paciente, factores determinantes en la calidad del estudio, que resulta esencial para una correcta interpretación de las imágenes. En nuestro centro hemos realizado un estudio de las angio-TC efectuadas durante 3 años a pacientes con sospecha clínica de TEP, que puede servir para reflejar la influencia que las limitaciones descritas pueden tener en el resultado final. Se incluyó en el estudio a un total de 275 pacientes (95 TEP; prevalencia del 35%) con seguimiento clínico posterior durante un mínimo de 3 meses. Se consideró que el estudio de angio-TC era de calidad óptima cuando había una adecuada visualización y realce por el contraste de las arterias pulmonares centrales, lobulares y segmentarias⁴; el resto de estudios se consideró de calidad subóptima (41 estudios en nuestra serie, 15%). La rentabilidad diagnóstica de la angio-TC en nuestra serie fue: sensibilidad del 83%, especificidad del 96%, valores predictivos positivo y negativo del 92% y precisión del 92%. Un 25% de los falsos negativos de la angio-TC correspondió a estudios de calidad subóptima. Estos resultados son similares a los publicados recientemente en el esperado estudio PIOPED II, diseñado para valorar las características diagnósticas de la angio-TC multidetectora⁵, en el que se vuelve a poner de manifiesto la gran importancia de la probabilidad clínica preangio-TC a la hora de interpretar sus resultados.

Luis Hernández Blasco^a, Sergio Alonso Charterina^b y Santiago Romero Candeira^a

^aServicio de Neumología. Hospital General Universitario. Alicante. España.

^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario. Alicante. España.

1. Jiménez D, Gómez M, Herrero R, Lapresa E, Díaz G, Lanzara L, 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.
2. Swensen SJ, Sheedy PF II, Ryu JH, Pickett DD, Schleck CD, Ilstrup DM, et al. Outcomes after withholding anticoagulation from patients with suspected acute pulmonary embolism and negative computed tomographic findings: a cohort study. Mayo Clin Proc. 2002;77:130-8.
3. Nauffal Manzur D. Técnicas de imagen en el diagnóstico de la tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2006;42: 314-6.
4. Mayo JR, Remy-Jardin M, Muller NL, Remy J, Worsley DF, Hossein-Foucher C, et al. Pulmonary embolism: prospective comparison of spiral CT with ventilation-perfusion scintigraphy. Radiology. 1997; 205:447-52.
5. Stein D, Fowler SE, Goodman LR, Gottschalk A, Hales CA, Hull RD, et al. Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2006;354:2317-27.



Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos a Hernández Blasco et al su interés por el trabajo que evaluaba el rendimiento de la angiotomografía computarizada (angio-TC) de tórax no multidetectora en el diagnóstico de la tromboembolia de pulmón (TEP)¹.

Es cierto que la sensibilidad de la angio-TC en nuestro estudio fue inferior a la de los trabajos que apuntan Hernández Blasco et al. Sin embargo, los resultados son comparables a los del estudio prospectivo y multicéntrico metodológicamente más riguroso diseñado para evaluar la utilidad diagnóstica de la angio-TC de tórax en pacientes con sospe-

cha de TEP: el estudio PIOPED II². En este estudio la sensibilidad de la angio-TC multicorte, interpretada por un panel central e independiente de radiólogos, fue del 82% (intervalo de confianza del 95%, 77-88%), sin diferencias estadísticamente significativas respecto a nuestro estudio (72%; intervalo de confianza del 95%, 63-81%).

Coincidimos con los autores en la calidad de los estudios radiológicos y la variabilidad interobservador como factores que pueden afectar al rendimiento diagnóstico de la técnica. Sin embargo, nos surgen más dudas sobre el papel del retraso diagnóstico en los resultados obtenidos en nuestra serie. De hecho, la demora diagnóstica en nuestros pacientes con TEP³ es similar a la de los pacientes del registro multicéntrico norteamericano publicado recientemente⁴.

Los resultados aportados por Hernández Blasco et al refuerzan nuestras conclusiones sobre la importancia de: *a)* validar el rendimiento de la técnica en cada medio, y *b)* interpretar el resultado en función de la probabilidad clínica pretest del paciente.

David Jiménez Castro y Gema Díaz Nuevo

Servicio de Neumología.

Hospital Ramón y Cajal.

Departamento de Medicina.

Universidad de Alcalá de Henares.

Madrid. España.

1. 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.
2. Stein PD, Fowler SE, Goodman LR, et al. Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2006;354:2317-27.
3. Jiménez D, Sueiro A, Díaz G, et al. Prognostic significance of delays in diagnosis of pulmonary embolism. Thromb Res. 2007. doi: 10.1016/j.thromres.200703.028.
4. Elliot CG, Goldhaber SZ, Jensen RL. Delays in diagnosis of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Chest. 2005; 128:3372-6.

Fe de errores

En la Nota Clínica "Hemangioma esclerosante pulmonar en un paciente con síndrome de Cowden", publicada en Arch Bronconeumol. 2007;43:418-20, se ha detectado un error en el apellido del último autor. Su nombre correcto es Manuel Nistal.