

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.