

CARTAS AL DIRECTOR

Defectos gammagráficos coincidentes V/Q y sospecha clínica de embolismo pulmonar

Sr. Director: Hemos leído con enorme interés el reciente artículo de E. Monsó et al: "Gammagrafía pulmonar con 99m Tc MAA en el asma bronquial agudizado"¹ y me gustaría hacer algunas puntualizaciones.

Parece fuera de toda duda hoy que la gammagrafía pulmonar de perfusión es una técnica diagnóstica de gran sensibilidad en la detección de embolismo pulmonar (EP)²; sin embargo, su baja especificidad obliga a la realización de estudio combinado V/Q, salvo en el caso de que aquella sea rigurosamente normal. Los "patrones gammagráficos" descritos en base al tamaño, anatomía y superposición de los defectos de captación, se han etiquetado como de alta, intermedia, baja e indeterminada probabilidad de EP, en cuanto a su correlación con la arteriografía. Sin embargo, y en esto disiento de la opinión de los autores, los denominados patrones de baja probabilidad no descartan con razonable margen de error el EP, al menos en la opinión de Hull et al, a quienes E. Monsó et al citan en apoyo de su postura¹.

Ya en 1983, Hull et al³ comunicaban que entre 139 pacientes encontraron 3 con angiografía positiva de los 13 (23%) que habían mostrado uno o más defectos de perfusión segmentarios o mayores con defectos de ventilación coincidentes. En 1985⁴, los mismos autores, con una experiencia ampliada a 305 pacientes aseguran que contrariamente a la práctica habitual, resulta incorrecto descartar EP en base a un estudio gammagráfico V/Q de "baja probabilidad", pues la frecuencia de embolismo en tales pacientes varía de 25 a 40%; concretamente, en el caso de defectos segmentarios o mayores de perfusión con ventilación coincidente encuentran arteriografía positiva en 10/28 (36%).

Otros autores², por el contrario, piensan que la probabilidad estimada de EP ante un cuadro gammagráfico de defectos múltiples coincidentes V/Q, independientemente del tamaño de los mismos, es nula.

Las diferencias entre estos estudios y otros⁵ podrían explicarse en función de la tan argumentada variabilidad interindividual de la interpretación gammagráfica⁶, variabilidad que parece, sin embargo, reducirse significativamente si se valoran únicamente los patrones de probabilidad elaborados con las imágenes obtenidas.

Por todo ello parece necesario unir al diagnóstico de probabilidad gammagráfica una estimación de probabilidad clínica con cuya valoración conjunta se reduce ampliamente el margen de error, permitiendo descartar razonablemente los casos con probabilidad gammagráfica y clínica bajas (< 10 EP⁴).

Por otra parte, en nuestra experiencia, el problema diagnóstico diferencial asma/EP se da sobre todo en aquellos pacientes portadores de factor de riesgo tromboembólico y conocidos asmáticos, en quienes el inicio brusco de un episodio disnéico, aun sin sibilantes prominentes, lleva habitualmente a la instauración de tratamiento broncodilatador intensivo muchas veces sin determinación

de alteración gasométrica⁷, planteando un diagnóstico diferencial que el estudio espirométrico pocas veces aclara tajantemente, pues es conocida la disociada evolución espirométrico/gasométrica de la agudización grave del asma⁸. Nos encontramos así ante un paciente con un episodio recortado de disnea de instauración brusca, en quien la espirometría es de obstrucción quizá leve-moderada y que presenta severa alteración del gradiente Aa de O₂; en muchos de estos pacientes la auscultación previa no suele ser definitiva por predominar la hipofonosis sobre las sibilancias y en dicha situación no se puede evitar un diagnóstico de sospecha de EP que obligará a un estudio gammagráfico.

J.L. Lobo Beristain

Sección de Respiratorio
Hospital Txagorritxu
Vitoria

1. Monsó E, Aguadé S, Vidal R. Gammagrafía pulmonar con 99 Tc MAA en el asma agudizado. Arch Bronconeumol 1989; 25:123124.

2. Polak JF, McNeil B. Pulmonary scintigraphy and the diagnosis of pulmonary embolism. Clin Chest Med 1984; 5:457464.

3. Hull RD, Hirsh J, Carter CR, Jay RM, Dodd PE, Ockelford PA, Coates G, Gill GJ, Turpie G, Doyle DJ, Buller HR, Raskob GE. Pulmonary angiography, ventilation lung scanning, and venography for clinically suspected pulmonary embolism with abnormal perfusion lung scan. Ann Intern Med 1983; 98:891899.

4. Hull RD, Hirsh J, Carter CJ, Raskob GE, Gill GJ, Jay RM, Leclerc JR, David M, Coates G. Diagnostic value of ventilation-perfusion lung scanning in patients with suspected pulmonary embolism. Chest 1985; 88:819828.

5. Spies WG, Burstein SP, Dillehay GL, Vogelzang RL, Spies SM. Ventilation-perfusion scintigraphy in suspected pulmonary embolism: a correlation with pulmonary angiography and refinement of criteria for interpretation. Radiology 1986; 159:383390.

6. Sullivan DC, Coleman RE, Mills SR, Ravin CE, Hedlund LW. Lung scan interpretation: effect of different observers and different criteria. Radiology 1983; 149:803807.

7. RodríguezRoisin R. Gases arteriales en el asma. En: AgustíVidal A, Montserrat JM. Asma bronquial. Madrid Ed Idepsa 1984.

8. Ferrer A, RodríguezRoisin R, Roca J, López FA, Wagner PD, Agustí Vidal A. Relaciones ventilación-perfusión en la agudización grave del asma: evolución desde el servicio de urgencia hasta la recuperación. Comunicación al XXI Congreso SEPAR. Arch Bronconeumol 1988; 24 (supl):27-28.

Gammagrafía pulmonar con 99mTcMAA en el asma bronquial agudizado

Sr. Director: Ante una sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) se puede desestimar este diagnóstico si la gammagra-

fía pulmonar de perfusión con 99TcMAA (GPP) resulta normal^{1,2}. Si la GPP muestra defectos de perfusión, a partir de la distribución de los mismos y de su correlación con defectos de ventilación pulmonar en la gammagrafía de ventilación con 133Xe (GPV), se puede establecer una estimación de la probabilidad de TEP, que ha sido ampliamente comentada en la literatura^{3,9}.

El Dr. Lobo Beristain en su carta comenta que, en el grupo de pacientes afectos de asma bronquial agudizado, que fue motivo de una publicación previa en esta revista¹⁰, no puede descartarse el diagnóstico de TEP, ya que en ningún caso las GPP fueron normales. Debemos remarcar que el objetivo del trabajo no era diagnosticar los pacientes, todos ellos afectos de asma bronquial agudizado, por criterios clínicos y funcionales, sino el valorar si el patrón gammagráfico del asma bronquial agudizado puede plantear problema diagnóstico con el TEP. Los resultados no mostraron en ningún caso gammagrafías de ventilación-perfusión de alta sospecha de TEP. Es criterio mantenido por diversos autores que, ante una gammagrafía pulmonar de media/baja sospecha de TEP, es necesario confirmar el diagnóstico con otras técnicas (arteriografía pulmonar y/o flebografía de extremidades inferiores)^{5,6,11,12}. Únicamente gammagrafías de ventilación-perfusión de alta sospecha de TEP permiten establecer el diagnóstico con seguridad suficiente para abstenerse de realizar una prueba confirmativa. Por lo tanto, en el caso de que en alguno de los pacientes estudiados hubiera existido sospecha de TEP, se habría indicado una arteriografía pulmonar y/o una flebografía de extremidades inferiores. La positividad de alguna de estas técnicas reafirmaría el diagnóstico de TEP. La conclusión fundamental del estudio realizado es que, aunque en el asma bronquial agudizado la gammagrafía de ventilación-perfusión es patológica, no se hallan patrones gammagráficos de alta sospecha de TEP. El hallazgo en un enfermo asmático agudizado con una GPP de alta sospecha de TEP sin defectos de ventilación en las zonas no profundas debe llevar a un diagnóstico de alta probabilidad de TEP. En pacientes asmáticos con sospecha clínica de TEP y defectos gammagráficos de baja/media sospecha o gammagrafías indeterminadas, el diagnóstico deberá confirmarse o descartarse con otras técnicas diagnósticas.

Discrepamos profundamente con el criterio del Dr. Lobo Beristain sobre la introducción de parámetros clínicos en la valoración de la gammagrafía de un paciente con sospecha de TEP. El cuadro clínico de TEP es muy inespecífico^{13,15}, y por lo tanto sólo debe inducir a la sospecha diagnóstica y no a su confirmación.

E. Monsó y R. Vidal

Serveis de Pneumologia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona y Hospital General Germans Trias i Pujol. Badalona.

1. Wallace JM, Moser KM, Hartman MT, Ashburn WL. Pattern of pulmonary perfusion scans in normal subjects. II The prevalence of abnormal scans in young smokers. Am Rev Respir Dis 1982; 125:465467.

2. Kipper MS, Moser KM, Kortman KE, Ashburn WL. Longterm followup of patients