



EDITORIAL

La radiografía de tórax

The chest X-ray

José Cáceres

Director científico, Servicio de Diagnóstico por la Imagen, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

¿En la actualidad tiene algún valor la radiografía de tórax (RXT)? ¿La hacemos de forma sistemática y luego la ignoramos? A primera vista, parece ser así: en muchos hospitales españoles no se informan las RXT y en la formación de residentes se descuida la rotación por la placa de tórax en beneficio de otras técnicas teóricamente más importantes y atractivas, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética o los procedimientos vasculares.

Los estamentos técnicos no suelen mostrar mucho interés por ellas y la calidad no siempre es la deseable. Hay un hospital en el que las RXT del servicio de urgencias se hacen con el paciente en posición de decúbito supino, porque “es más cómodo para colocar al paciente”.

En mi opinión, creo que cometemos un grave error. Evidentemente, el significado de la placa de tórax ha cambiado en los últimos años, desde que la TC surgió como un gran método diagnóstico. Pero la RXT aún puede ser muy útil, si la utilizamos de la forma adecuada. Hoy día, la RXT no puede competir con la TC en cuanto a efectividad diagnóstica; pero todavía es un método insustituible y barato para iniciar el examen del tórax y orientarnos hacia el paso siguiente, con lo que se ahorra en estudios innecesarios y se economizan gastos.

En datos estadísticos actuales de hospitales de tercer nivel se observa que las RXT representan el 19% de todos los estudios realizados en el departamento de imagen. Así es evidente que la RXT no sólo se resiste a desaparecer, sino que además ocupa un lugar destacado entre los procedimientos radiológicos. Ello se debe en parte a su tradición. Toda técnica tiene que pasar la prueba del tiempo para demostrar que es efectiva y la RXT tiene más de un siglo de existencia. Durante ese intervalo hemos aprendido a valo-

rar sus ventajas y sus limitaciones, a lo largo de más de cien años y con millones de estudios.

La RXT tiene ventajas indudables, como son su rentabilidad y la gran familiaridad del colectivo médico con ella. La rentabilidad es evidente: la información obtenida es alta, mientras que el precio de la adquisición de imágenes es poco elevado. Si se considera una media de dos placas por paciente, sin intervención directa del radiólogo, veremos que es difícil obtener más información con un coste menor. En estos tiempos sensibles a los elevados costes de la sanidad, es un argumento importante para el uso racional de la RXT.

La gran familiaridad que los médicos tienen con la RXT les permite una buena coordinación con el radiólogo y su informe. Ello no suele ocurrir con los métodos sofisticados, especialmente los ultrasonidos, en los que la falta de familiaridad con las imágenes —que en algunos casos depende de la habilidad del operador— hace que el médico tenga que confiar exclusivamente en el informe radiológico. Ello, por una parte, conduce o bien a un cierto rechazo de la comunidad médica, o bien a una aceptación ciega del informe, lo cual puede conllevar errores diagnósticos.

Realizar una placa de tórax no tiene sentido si no se respetan varios principios fundamentales. Como ya he comentado al inicio, una interpretación correcta necesita de una placa técnicamente adecuada. Hoy día con la radiografía digital no vemos radiografías mal expuestas; pero la interpretación puede ser incompleta, debido a una mala inspiración, la rotación del paciente o radiografías movidas.

El radiólogo debe conocer los principios básicos para interpretar la RXT; pero además necesita de dos proyecciones radiográficas, que son imprescindibles para una evaluación correcta de la afección. Según un estudio de Chotas y Ravin (1994), un 26% del área pulmonar no es visible en la radiografía posteroanterior (PA) de tórax. La conclusión evidente

Correo electrónico: josecac@gmail.com (J. Cáceres).

es que si sólo realizamos una placa PA, podemos perder una cuarta parte de la afección. Una proyección lateral evita posibles errores mediante la visualización de las áreas ciegas en la proyección PA.

A la pregunta: ¿cuándo hay que hacer una placa lateral?, la respuesta es: siempre. El aumento de radiación es escaso comparado con los beneficios diagnósticos que pueden obtenerse. Ello vale también para los estudios preoperatorios, que se hacen con el fin de descubrir afecciones que pueden incidir en el procedimiento quirúrgico.

Si tuviera que destacar el procedimiento más útil en radiología torácica, sin dudar lo escogería la comparación con exámenes previos. Aparte de ser una actuación no ionizante y de coste cero, suministra una gran cantidad de información sobre cualquier proceso descubierto en la placa

actual: su estabilidad, o no; ritmo de evolución y crecimiento (o viceversa), etc. Aquí el estamento técnico desempeña un papel fundamental consultando con el paciente la existencia de estudios previos y comunicando al radiólogo información valiosa.

En conclusión, creo que la “humilde” RXT tiene aún un lugar en el diagnóstico por la imagen, en especial si se respetan ciertos principios básicos, expuestos en la fórmula siguiente: $I = cb + rl + ep$, donde “I” representa la información obtenida, que está condicionada por los conocimientos básicos (cb), sumados a la obtención de una radiografía lateral (rl) y la comparación con estudios previos (ep). Si seguimos esta fórmula de forma fiel, veremos que la RXT será muy útil en el proceso diagnóstico, con lo cual se podrán evitar estudios más costosos y se limitará la irradiación a los pacientes.