

Doctor, els tòrax sempre amb perfil!

>> Autors

Federico Javier Hernández Chafes, Nuria Castellvi Gil, Francisco Javier López Malo

Metge/ssa de família, CAP Verdaguer (Sant Joan Despí).

>> Correctors

Mèrcia Benítez i José Ignacio Aoiz

>> Correspondència

Federico Javier Hernández Chafes

Adreça electrònica: federicohernandez@gencat.cat

Publicat: 1 de març de 2010

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ

Gammagrafies, Ressonàncies, TACS, PETS... Qui té temps per a preocupar-se de la radiografia de tòrax? I és que en aquest món tecnològic, on es tendeix a pensar que les respostes estan a les exploracions cares i on la subespecialització ens fa interessar-nos pel que és poc comú però publicable, tendim a oblidar que són les actituds i exploracions senzilles les que normalment ens donen solució als problemes més comuns, que al cap i a la fi constitueixen el gros del nostre quefer diari com a metges. I sobre aquestes actituds i exploracions que tots donem per sabudes tampoc està tot dit. Mitjançant un cas clínic, aquest article vol fer èmfasi en la utilitat de les guies d'actuació com a mètode per a obtenir respostes, però també vol fer èmfasi en la necessitat de ser crítics amb tota la informació que ens arriba, incloses les guies i les seves recomanacions, recordant-nos que sempre poden veure més quatre ulls que dos.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Antecedents personals i patològics. Home de 50 anys que treballa com a conserge. Presenta com antecedents mèdics d'interès ser al·lèrgic a la Penicil·lina, Estreptomicina i derivats; ser fumador de 10 -20 cigarretes/dia i haver patit un còlic nefrític fa 30 anys.

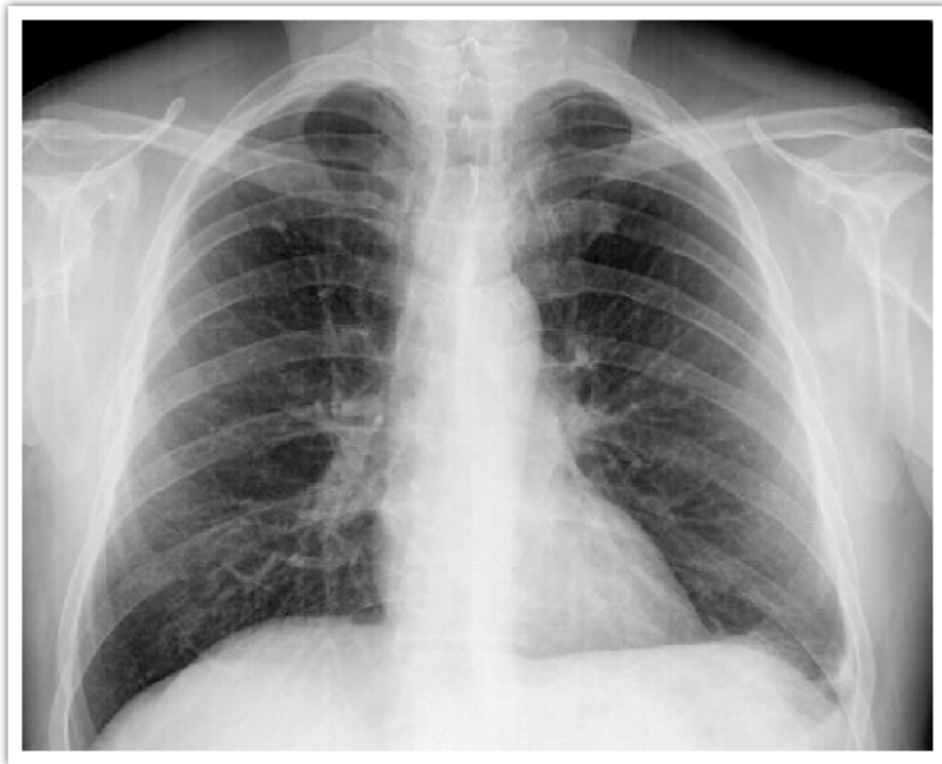
Malaltia actual. Consulta per persistència de dolor a base d'hemitòrax i fosa renal esquerra des de sis dies d'evolució. Ha estat visitat pel mateix motiu durant aquest temps en quatre ocasions, dos d'elles a nivell hospitalari, diagnosticant-se'l inicialment de còlic nefrític i finalment de dolor musculoesquelètic. Interrogant al pacient per les característiques del dolor ens diu que aquest és punxant, intens, continu, que augmenta amb els moviments respiratoris i sobretot amb la inspiració profunda. Diu no presentar síndrome miccional ni alteració del ritme deposicional associats.

Exploració física. Pacient conscient, orientat, normotens, sense febre ni lesions cutànies evidents, pàl·lid, suós, inquiet, diu no trobar postura que el calmi mentre s'agafa amb les mans la base esquerra del tòrax com si l'alleugés. L'auscultació respiratòria evidencia un murmullo vesicular conservat i la cardíaca tons rítmics sense bufs. L'abdomen és normal i la percussió lumbar bilateral no és dolorosa.

Exploracions complementàries. Les aporta el propi pacient.

- *RX Abdomen simple:* Abundant gas a marc còlic. No s'aprecien lesions litiàsiques a territori renoureteral.
- *Electrocardiograma:* Ritme sinusal a 78 x'. Eix a +60°. PR=0,16s. No alteracions de la repolarització.
- *Sediment d'orina:* Normal.
- *Pulsioximetria:* Saturació d'oxigen = 96%.
- *RX Tòrax posteroanterior (PA):* Marc ossi normal. Índex cardioràcic <50%. Sinus costofrènics lliures. Nòdul pulmonar de 3 mm de diàmetre, sense especificar localització però aconsellant control radiològic en un mes. (**figura 1**).

Figura 1. RX Tòrax posteroanterior



Evolució. Apostant per l'origen pleurític del dolor degut a les seves característiques, tot i tenir una auscultació toràcica normal, preguntem per simptomatologia d'origen respiratori associada. El pacient insisteix en que no ha tingut tos, ofec, ni mocs... però reconeix haver fet febre tres o quatre dies abans de la seva primera consulta.

A l'analitzar amb deteniment la radiografia del tòrax descobrim un petit augment de densitat al sinus costofrènic esquerre d'un centímetre de diàmetre aproximadament. Potser es podria correspondre amb el nòdul de 3 mm que s'esmentava a l'informe d'urgències, o potser també amb una superposició d'imatges. I el perfil? No hi ha projecció lateral per acabar d'analitzar la troballa! Què fem si som al Centre d'Atenció Primària i el servei de radiologia està a quatre kilòmetres! I si demanem l'exploració i només és una superposició quedant tot en un altre viatge infructuós per al pacient!

Davant la clínica suggestiva d'origen pleurític, la troballa radiològica, recordant que les guies aconsellen demanar un perfil sempre que es pugui i recordant també el primer consell que ens va donar la cap d'urgències quan érem residents - *Doctors, els tòrax sempre amb perfil!* - ... informem al pacient de la nostra intenció i sol·licitem la citada projecció radiològica.

- *RX lateral del tòrax o perfil (P):* Infiltrat en lòbul inferior esquerre amb augment de densitat fusiforme a camps mitjos del pulmó esquerre. Líquid a cissura? (**figura 2**).

Figura 2. RX lateral del tòrax o perfil



DISCUSSIÓ

El resum del que hi ha publicat és que “*Si bé no és obligatori, es recomana, sempre que es pugui ¹, demanar dues projeccions, PA i P, per a un correcte estudi del tòrax. El perfil té interès sobretot per a l'estudi de zones cegues a la projecció PA, com l'espai retrocardíac i els sinus costofrènics posteriors, i per a la correcta ubicació a l'espai de les imatges anòmales trobades ^{2,3,4}”.*

Però per què només es recomana demanar i no s'obliga a practicar el perfil a tot estudi bàsic del tòrax? Per la radiació que suposa? Si parlem de nivells baixíssims com per a considerar-ho (Dosis 0,02 mSv). Pel cost temporal o material? Si és una exploració ràpida i no de les cares. Perquè no es pot practicar a tot tipus de pacient (exemple: enllitats)? Tampoc la PA. Potser la major radiació dels primers aparells de radiologia, la incertesa creada per estudis sobre la baixa patologia diagnosticada gràcies al perfil en pediatria ⁵⁻⁶, la sol·licitud de molts estudis de tòrax no indicats i l'estalvi en radiació i cèntims que el sumatori de tots els perfils no practicats suposa, han contribuït a que s'hagi optat per recomanar i no obligar a practicar la projecció de perfil a l'estudi bàsic del tòrax.

Com ja hem comentat, la projecció PA del tòrax no permet visualitzar l'espai retrocardíac ni els sinus costofrènics posteriors i limita l'anàlisi de la caixa toràcica a només dos dimensions de l'espai. Així que tot estudi del tòrax sense perfil és per lògica un estudi incomplet essent l'origen de molts falsos negatius diagnòstics, i per a mostra el cas que hem presentat.

Recomanacions.

Necessitem dos projeccions, PA i P, per a visualitzar correctament el tòrax. És per això que hem d'aconseguir passar de l'actual “es recomana demanar” al “s'han de realitzar” dos projeccions per a un correcte estudi d'aquest. Devem treballar per a que la pràctica de tota projecció PA porti implícita la realització d'un perfil pel radiòleg sempre. Com quan sol·licitem una ecografia renal donant per fet que se'ns informará de l'estat de tots dos ronyons sense haver-ho demanat. Evitem d'aquesta

manera que se'ns passin diagnòstics pel fet de fer estudis de forma incompleta o a mitges. A més a més devem continuar recordant als professionals sanitaris de quines són les indicacions correctes de l'estudi bàsic del tòrax per a reduir, si cal, radiacions i costos ⁷⁻⁸.

Així que com bé deia la cap d'urgències quan érem residents: Doctor, els tòrax sempre amb perfil!

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Guia d'actuació en urgències per a l'Atenció Primària. Barcelona: semfycediciones; 2008. p. 840-43.
2. Farreras Valentí P , Rozman C. Medicina Interna. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A; 2000. p. 815-16.
3. Giron J, Sans N, Sénac JP. Lateral view of the thorax: the profile. J Radiol. 1999 Feb; 80(2): 109-19.
4. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill; 1998. p. 1604-6
5. Lamme T, Nijhout M, Cadman D, Milner R, Zylak C, Jacobs J, Gill G, McNamee J. Value of lateral radiologic view of the chest in children with acute pulmonary illness. CMAJ. 1986 Feb 15; 134(4): 353-6.
6. Estevan, M. Examen radiográfico del tórax: Semiología radiográfica de las neumonías de probable causa bacteriana. Arch. Pediatr. Urug., mar. 2001, vol.72, no.1, p.52-56. ISSN 0004-0584.
7. Sociedad Española de Radiología Médica. Criterios de remisión de pacientes a los servicios de diagnóstico por la imagen. Adaptados por la Comisión Europea y expertos europeos en radiología y medicina nuclear, junto con el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido. Año 2000. SERAM, 2005-6. Disponible: <http://www.seram.es/>
8. Ortega M, Rueda JR, López-Ruiz, JA. Análisis del uso de la radiografía simple de cráneo, tórax y abdomen en los servicios de urgencia hospitalarios. Investigación comisionada, Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-01-04.