

CARTAS AL DIRECTOR

LA FOTORADIOGRAFIA DE 70 MM.

Señor Director:

Conciérneme al médico cuidar de la salud. Hoy la situación médico-social es apremiante: la vida de las mayorías nacionales está en trance, debido a la devaluación de nuestra moneda que hace inaccesibles los medios de diagnóstico y de tratamiento, de modo tal que una radiografía de 14 por 17 pulgadas, por ejemplo, cuesta 1/6 del salario mínimo mensual —el equivalente a USA \$ 10.00— o la pérdida de la dignidad y del trabajo para obtenerla por otras vías. Entre tanto los enfermos agudos, los niños y los débiles no dan tiempo; los crónicos se complican; los inestables se quiebran. En toda crisis surgen desórdenes mentales y de conducta trascendentes que a menudo arrastran a una **tabla rasa** de valores humanos.

De otro lado se informa en la literatura médica internacional —y se repite a nivel local, traducido a veces en normas— que la radiografía de tórax envuelve un elevado error diagnóstico (1—3); que la fotoradiografía (FR) en particular es casi inútil pues sólo revela lesiones obvias, con síntomas (3); que los exámenes radiológicos en masa en New York en 1970 rindieron 15 casos de tuberculosis por 100,000, personas examinadas (4); que en 1972 el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de EE. UU. cursó una circular (5) señalando que tales exámenes deben ser abandonados por improductivos para detectar enfermedades pulmonares o cardíacas, tuberculosas o no; que la Organización Mundial de la Salud sugirió que el examen microscópico directo del esputo de las personas sospechosas sirve con ventaja para el fin que se persigue (6).

¿Cuál es la experiencia médica local al respecto?

“Leer” la radiografía de tórax antes de ver al paciente es un estimulante ejercicio clínico; pero la radiografía no es el medio único y final del diagnóstico. Siempre que así se la usa se corre el riesgo de errar (2). Su contribución genuina es como elemento auxiliar de diagnóstico.

Desde que en 1977 el equipo de FR fue integrado al Servicio de Neumología del Hospital Dos de Mayo, la FR ha ayudado a detectar y manejar lesiones mínimas (Casos 1—A y 2). Patología torácica de diferente etiología no bien visible en proyección pósterior anterior fue demostrada en otras proyecciones, en sujetos no obesos, con nitidez comparable a la de una radiografía grande (Casos 1, 3—5). Esto por supuesto no exime de completar el estudio diagnóstico que el caso requiere, pues lesiones de insuficiente magnitud y densidad pueden pasar desapercibidas a rayos—X en general y a FR en particular. El costo de la FR es nueve veces inferior al de la radiografía convencional. El factor económico —en los sectores de población menos favorecidos, que son justamente los más infectados— con-

cede categoría de primera elección a la FR en el diagnóstico precoz y observación continuada de la conducta de las enfermedades torácicas hasta asegurar su curación.

La fase epidemiológica de la tuberculosis en nuestro medio es diferente a la de New York. En el Servicio mencionado en 1978 observamos una tasa regular de 150 casos de tuberculosis por cada 1,000 personas examinadas consecutivamente (7). No podemos asumir improductividad de los exámenes radiológicos ni menos abandonarlos en las áreas de detección.

El test del esputo sugerido (6) es positivo en presencia de bacilos ácido resistentes, que los hay de muchas clases; si el cultivo verifica que éstos son *M. Tuberculosis*, entonces será positivo para compromiso pulmonar irreparable debido a tuberculosis avanzada; si es negativo no niega la existencia del mal.

Un sujeto con una lesión mínima de tuberculosis puede curarse con USA \$ 0.80, valor de la Isoniazida, sin interrupción de sus actividades habituales. Curar a un paciente de tuberculosis con esputo positivo al examen microscópico directo puede costar cien veces más en medicinas, complicaciones aparte. Atender únicamente a estos casos que ya han diseminado extensamente la infección en la comunidad y dejar de atender a los que comienzan envuelve ineludible responsabilidad ética, moral y legal para el terapeuta. Muchos casos de invalidez, de fatalidades y de perennización del foco de contagio pueden honestamente atribuirse a esquemas inadecuados de diagnóstico.

Simplificar la técnica médica, obstruir la observación personal, negar la realidad son actitudes conservadoras. **Las enfermedades cambian con el huésped y con el medio ambiente.** Las pautas formuladas para combatirlas, efectivas en un lugar, son inoperantes en otro; no son exportables. En cada lugar, o grupo socio-económico, el plan de acción debe ajustarse a los mecanismos patogénéticos en juego. El clamor de todo enfermo de tuberculosis es por su derecho a curarse. Intimamente ligado al acto médico está el aspecto contenido en la noción “al prójimo como a ti mismo” con todo su vigor biológico—social.

Ante el problema vasto y profundo enunciado brevemente, este sería el momento de poner en uso el valor y la utilidad de la FR en la administración de un servicio médico puesto al día, a precios económicos.

Desde luego, para solucionar un problema médico-social no basta concebir un plan sano y bien fundado, ni basta la acción médica sola si no cuenta con el apoyo y la cooperación colectiva organizada y cimentada en



Fig. 1—A. FR póstero anterior: infiltrado apical izquierdo y nódulos satélites hasta el hilio sugestivos de tuberculosis activa pulmonar. En base izquierda: arco en cúpula y opacidad ascendente periférica en ángulo costofrénico: etiología? Fig. 1—B. FR oblicua anterior izquierda: Eventración diafragmática; cámara de aire del estómago intratorácica; trazos lineares del diafragma al hilio. Fig. 1—C. FR oblicua anterior derecha: aústras colónicas intratorácicas ascienden hasta el hilio.



Fig. 2. FR póstero anterior: nódulos peribronquiales bilaterales parcialmente calcificados en mujer joven, hiponutrida, sugestivos de tuberculosis, actividad por determinar.

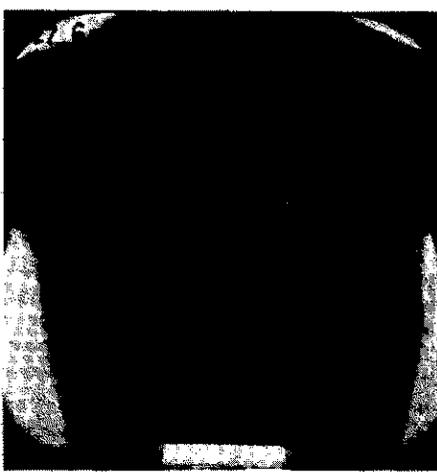
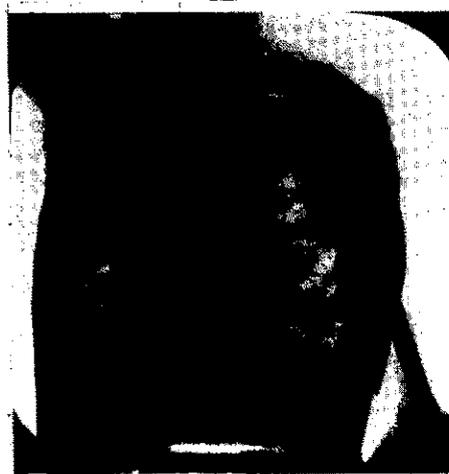


Fig. 3—A. FR póstero anterior: masa densa y homogénea a nivel del hilio derecho aspecto inespecífico. Fig. 3—B. FR oblicua anterior izquierda: la masa densa circunda bronquio del lóbulo superior derecho y ocupa también el segmento anterior: sugestiva neoplasia broncogénica; nódulo calcificado bordea el ángulo tráqueobronquial derecho.



la educación.

En suma: las observaciones anotadas sugieren que las posibilidades de la FR como elemento auxiliar de diagnóstico no están agotadas y que su evaluación debe revisarse; que la FR es un substituto práctico de la radiografía convencional y como tal debe ser desarrollada.

BIBLIOGRAFIA

1. Yerushalmy J, Harkness JT, Cope JH y Kennedy BR: The role of dual reading in mass radiography. *Am Rev Tuberc* 61: 443, 1950.
2. Yerushalmy J, Garland LH, Harkness JT, Hinshaw HC, Miller ER Shipman SJ y Zwerling HB: Evaluation of role of serial chest roentgenograms in estimating progress of disease in tuberculosis patients. *Am Rev Tuberc* 64: 225, 1951.

3. Reichman LB: Tuberculosis screening and chest x-ray films. In *Tuberculosis Today*, *Chest* 68: 448, 1975 supplement
4. Reichman LB y McLaughlin M: Tuberculosis in New York City 1970. NY. Tuberculosis and Respiratory Disease Association of New York, 1971, appendix p 22.
5. Duval MD: The chest x-ray as a screening procedure for cardiopulmonary disease, circular, Washington DC, US Dep HEW, Feb 18, 1972—citado por Reichman (3).
6. Informe de la IX Reunión de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, dic. 1973.
7. Datos no procesados del Serv. Neumol Hosp Dos de Mayo, Lima.

Lima, 28 de junio de 1979.

Federico Vargas Jiménez CMP 6791
 Prof. Asociado de Medicina
 Universidad Nacional Mayor de San Marcos
 Hospital Dos de Mayo