PET-TAC: más allá de la imagen

A. García Vicente

Servicio de Medicina Nuclear. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. Ciudad Real.

Sr. Director:

La aplicación de la tomografía por emisión de positrones-tomografía axial computarizada (PET-TAC) en la valoración de pacientes oncológicos ha supuesto un antes y un después en el manejo de éstos. Pero no sólo ha permitido una mejora diagnóstica sino que nos ha acercado, si cabe un poco más, a nuestros compañeros clínicos, en concreto oncólogos y cirujanos, especialistas peticionarios muy exigentes (y lo digo en positivo), dado que la patología que manejan requiere un gran dinamismo y protocolización, ya que de ello depende la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes oncológicos.

El editorial publicado por el Dr. Cortes-Funes[1] es reflejo de esta estrecha conexión y en ella se plantean algunos puntos interesantes que, cuanto menos, deben hacernos reflexionar. Acerca de las indicaciones, existen en nuestro país las contempladas en el RD 1030/2006[2] por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Textualmente dice "el Sistema Nacional de Salud financia la PET y la PET-TAC en indicaciones oncológicas de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica autorizada del correspondiente radiofármaco". Dichas indicaciones están claras en su descripción pero a la hora de ser aplicadas pueden plantear dificultades, sobre todo en lo que respecta a la valoración de respuesta al tratamiento de diferentes tumores en los que la PET está indicada en su estadiaje y, también, en lo que se refiere a su empleo en tumores FDG-ávidos pero no incluidos en el listado. Por otra parte, hay que referir que existe un gran vacío documental a la hora de apoyar éstas u otras indicaciones de la PET-TAC, por lo que cada vez son más necesarios protocolos y recomendaciones de empleo de esta técnica, promovidos y liderados por las distintas sociedades médicas y quirúrgicas, con el fin de que la PET-TAC quede integrada en los árboles de decisión diagnóstica. Esto evitará la realización de otras pruebas diagnósticas innecesarias como mero "formulismo" a la hora de justificar una PET-TAC e indicará dicha técnica, de manera directa, en la estadificación, monitorización de respuesta terapéutica y sospecha clínica de recidiva, en aquellos tumores FDG-ávidos, por su valor añadido con respecto al resto de técnicas diagnósticas.

Otra cuestión aparte es el carácter de la TAC empleada en la PET. La realización de una TAC diagnóstica, tal y como la conciben nuestros compañeros radiólogos (cortes finos y con la administración de contraste intravenoso), puede ser necesaria, y de hecho solicitada, en determinados procesos con indicación quirúrgica. En los últimos años se están adquiriendo equipos híbridos PET-TAC con unas características técnicas, en cuanto a la TAC se refiere, similares (y en algunos casos superiores) a las que poseen los equipos TAC instalados en muchos Servicios de Radiodiagnóstico. Si se dispone de TAC de alta prestaciones sería lógico realizar estudios con la mayor capacidad diagnóstica cuando sean necesarios. Sin embargo, esto no sucede, ya que surge el problema de quién informa la TAC diagnóstica. Existen, por desgracia, escasos centros en los que radiólogos y médicos nucleares colaboren a este respecto. Nuestro Hospital es uno de ellos y tengo que decir que lo que se obtiene es mucho a cambio de muy poco. Por el contrario, la falta de colaboración y coordinación genera una doble demanda de pruebas diagnósticas que quebranta la continuidad asistencial, incrementa los costes y las demoras, parámetros que un gestor consideraría inadmisibles y todos nosotros, al fin y al cabo, somos gestores.

La discusión acerca de quién informa la TAC con contraste y la PET tiene que acabarse y ambas Sociedades y Comisiones Nacionales tendrán que regular, de una vez por todas, dicha situación.

Con relación a los comentarios finales realizados por el Dr. Cortés-Funes, estamos de acuerdo en que la información que el clínico nos ofrece es fundamental

en la generación del informe diagnóstico, sobre todo en esta técnica, cuya mayor limitación puede ser la especificidad en algunos casos. Seremos tanto más exactos en la conclusión de nuestro informe, cuanto más precisa sea la información que recibamos. Soy de la opinión de no aceptar solicitudes con falta de rigor, en cuanto a los datos clínicos suministrados, hasta que éstos no se clarifiquen. Por otra parte, la comparación con exploraciones PET previas es de carácter obligado por parte del médico nuclear. Asimismo debemos evitar la variabilidad en los informes diagnósticos, por lo que debemos esforzarnos en ser más uniformes y hablar "en el mismo idioma" que los facultativos peticionarios cuando referimos los hallazgos metabólicos. Tenemos que ser conscientes del valor que tiene nuestro informe, ya que puede indicar un procedimiento diagnóstico agresivo en algunos casos, como es una biopsia, o incluso un tratamiento, ya que en la práctica clínica diaria no todo lo positivo por PET es subsidiario de biopsia. Por ello, debemos intentar ser exquisitos, sobre todo en cuanto a la interpretación de los hallazgos morfofuncionales que describimos en el resumen o conclusión final de nuestro informe. Esto, y discrepo ligeramente con la opinión de tan experto oncólogo, predomina frente al valor SUV, ya que este último depende de numerosos factores tales como las características de los equipos, métodos de reconstrucción, actividad administrada, efecto del volumen parcial, masa corporal del paciente, glucemia en el momento de la inyección, funcionalidad renal y tiempo transcurrido desde la administración del radiofármaco hasta la realización de la exploración, condiciones que no siempre pueden ser controladas.

Finalmente, en la valoración final de los resultados, dado que un resultado positivo metabólico no garantiza malignidad y de la misma forma un resultado negativo la descarta, puede ser correcta una aproximación diagnóstica de probabilidades. Igualmente, intentar definir el estadiaje metabólico, dada la mayor precisión de la PET-TAC frente al resto de técnicas nos obliga a adentrarnos un poco más en el planteamiento diagnóstico de los pacientes y analizar las implicaciones clínicas que esto conlleva.

Por todo esto, tanto clínicos como especialistas de imagen deben ser críticos y no permanecer impasibles ante una información diagnóstica no correcta o discordante con parámetros clínicos, aunque a veces lo que se desee encontrar no es lo que hay. Por ello, antes de indicar maniobras diagnósticas intempestivas, puede ser recomendable repetir la exploración en unas semanas, si no se puede verificar el diagnóstico con otras técnicas. Ante todo siempre debe prevalecer el sentido común, inestimable compañero en nuestro quehacer diario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortés-Funes H. Aportación de la PET-TAC en decisiones diagnóstico-terapéuticas en Oncología Médica. Rev Esp Med Nucl. 2008;27:79-82
2. Boletín Oficial del Estado n.º 222 de 16/9/2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.