

# EN RESPUESTA AL ARTÍCULO “BENEFICIOS DE LA TOMOGRAFÍA DE CUERPO COMPLETO EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO”

IN RESPONSE TO “BENEFITS OF FULL BODY TOMOGRAPHY IN POLYTRAUMATIZED PATIENTS”

**Láinez Ramos-Bossini, Antonio Jesús<sup>1,2</sup>; Gálvez López, Regina<sup>3</sup>; Rivera Izquierdo, Mario<sup>2,4</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada (España)

<sup>2</sup> Programa de Doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública, Universidad de Granada (España)

<sup>3</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada (España).

<sup>4</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario San Cecilio, Granada (España)

Recibido: 03/03/2021 | Revisado: 20/04/2021 | Aceptado: 28/05/2021

DOI: 10.15568/am.2021.813.cd02

Actual Med. 2021; 106(813): 224-225

## Cartas al editor

Estimado editor,

Hemos leído el artículo de Pérez-Mendoza y cols. sobre los beneficios de la tomografía computarizada de cuerpo completo (TCC) en el paciente politraumatizado (1). Como señalan los autores, en los últimos años estamos asistiendo a una revolución en el manejo de estos pacientes gracias a la TC multidetector, una prueba rápida, accesible, comprensiva y precisa. Sin embargo, es necesario recordar los riesgos para la salud que conlleva la alta dosis de radiación utilizada (2) –particularmente en pacientes jóvenes– y la administración de contraste intravenoso, motivos que redundan en la necesidad de establecer criterios objetivos y específicos que maximicen la eficiencia de la TCC.

Aunque encontramos dificultades en la comprensión de algunas partes del manuscrito debido a su redacción, los resultados expuestos son diáfanos respecto a la utilización de TCOE y TCC en su muestra, y nos han parecido lo suficientemente interesantes como para destacar algunas cuestiones. En primer lugar, es fundamental diferenciar correctamente los pacientes politraumatizados de los policontusionados, pues en estos últimos no existe compromiso vital, por lo que realizar una TCC no parece sensato, debiéndose realizar TCOE u otras técnicas de imagen. A este respecto, sería deseable disponer de datos que permitan conocer algunos parámetros clínicos de los pacientes seleccionados en el estudio (p.ej. alteración del nivel de conciencia, parámetros hemodinámicos y respiratorios (3)). Sea como fuere, los trabajos realizados hasta la fecha comparando TCC y TCOE son contradictorios, y las recomendaciones actuales reservan la TCC a pacientes con alteración del nivel de conciencia (4).

En segundo lugar, queremos reseñar la importancia del denominado *código politraumatismo*, que exige una valoración por personal cualificado atendiendo a criterios específicos y conlleva un abordaje multidisciplinar y sistemático donde las pruebas de imagen avanzada juegan un papel cada vez más relevante (5). En nuestro centro, aunque la sospecha clínica y las características del paciente condicionan en gran medida la exploración, la activación de este código justifica realizar una TCC que incluye TC basal de cráneo y columna cervical, y de tórax, abdomen y pelvis basal y con contraste intravenoso en fase portal. Además, se incluyen otras regiones y fases en función de la sospecha clínica (3) (p.ej. fase arterial si se sospecha rotura aórtica).

Aunque la TCC constituye un abordaje diagnóstico válido incluso para pacientes inestables, somos conscientes de la necesidad de un equipo multidisciplinar y de una TC accesible, además de un adecuado equipamiento para maniobras de reanimación (3), elementos no disponibles en todos los centros. Por último, queremos destacar el papel del radiólogo como uno de los pilares para la toma de decisiones en el paciente politraumatizado (5), y enfatizar su cualificación para decidir la exploración más adecuada, en función de la sospecha clínica y del contexto del paciente.

En conclusión, creemos que la TCC es una exploración con alto rendimiento diagnóstico pero su indicación debe estar condicionada por un adecuado balance beneficio-riesgo debido a la alta dosis de radiación y a la administración de contraste intravenoso. En este sentido, es esencial una valoración especializada que contemple tanto el mecanismo lesional como la clínica del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perez-Mendoza K, Anlehu-Tello A, De la Vega-Pérez RB. Beneficios de la tomografía de cuerpo completo en el paciente politraumatizado. *Actual Medica*. 2019; 104(806): 31-35. DOI:10.15568/am.2019.806.or05.
2. Ahmadinia K, Smucker JB, Nash CL, Vallier HA. Radiation exposure has increased in trauma patients over time. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012; 72(2): 410-415. DOI:10.1097/TA.0b013e31823c59ee.
3. Martí De Gracia M, Artigas Martín JM, Vicente Bártulos A, Carreras Aja M. Manejo radiológico del paciente politraumatizado. Evolución histórica y situación actual. *Radiología*. 2010; 52(2): 105-114. DOI:10.1016/j.rx.2009.12.003.
4. Raja A, Zane RD. Initial management of trauma in adults. En: Moreira ME, Grayzel J, eds. Waltham, MA: UpToDate.
5. Gómez Martínez V, Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Chacón Manzano MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. *Semer - Med Fam*. 2008; 34(7): 354-363. DOI:10.1016/S1138-3593(08)72338-4.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

### Si desea citar nuestro artículo:

Láinez Ramos-Bossini AJ, Gálvez López R, Rivera Izquierdo M. En respuesta al artículo "Beneficios de la tomografía de cuerpo completo en el paciente politraumatizado". *Actual Med*. 2021; 106(813): 224-225. DOI: 10.15568/am.2021.813.cd02