

Dr. Bernardo Boleaga Durán<sup>1</sup>

## Imagen de columna vertebral

<sup>1</sup>Editor Huésped.

La progresiva integración de nuevos métodos de diagnóstico por imagen a la medicina actual ha creado la palabra *Imagenología*, incluyendo aquellos métodos que no utilizan rayos X. Este neologismo no aparece aún en los modernos diccionarios y ya ha derivado en el empleo de nuevos conceptos de especialización médica como *Imagenólogos* e *Imagenólogas*, describiendo *per se* su campo de actividad profesional. Desde luego que se preserva el sustrato principal para esta nueva denominación que corresponde a la especialización de Radiología e Imagen.

El pasado 14 de junio tuve el honor de presentar mi trabajo de ingreso como Académico de Número en Radiología e Imagen, en la Academia Mexicana de Cirugía. Este significativo evento me dio la oportunidad de expresar, en sesión plenaria, que la Especialización de Radiología e Imagen se ha integrado en su totalidad a la Medicina moderna, por lo que se debe otorgar el adecuado reconocimiento, por parte de la comunidad médica en el área clínica, a su participación en el concepto multidisciplinario de la atención al paciente. El médico especialista en Radiología e Imagen se incluye en el equipo humano que define la toma de decisiones terapéuticas al demostrar, con imágenes diagnósticas, las evidencias de un proceso patológico o la ausencia de datos que sugieran una lesión orgánica.

El comentario o interpretación de las imágenes se basa en la experiencia de cada *Imagenólogo*, suele apoyar la posibilidad evaluada clínicamente y en algunos casos, determina otra posibilidad contemplada o no clínicamente en el diagnóstico diferencial. En ocasiones la definición de un diagnóstico por imagen no recibe toda la aceptación del médico tratante que considera clínicamente otra u otras opciones y se subestima la relevancia de la participación del *Imagenólogo*.

La poca credibilidad, en su opinión, puede condicionar una conducta terapéutica diferente.

Como ejemplo a este último punto, expresé en la Academia Mexicana de Cirugía que, por Resonancia Magnética (RM), la enfermedad articular degenerativa facetaria se manifestó en 100% de los casos de un estudio prospectivo y observacional de pacientes con lumbalgia, asociado o no a otros hallazgos de enfermedad lumbar degenerativa, como la hernia discal. En muchos de estos casos la lumbalgia podría ser causada por los cambios degenerativos facetarios y no por una hernia discal, a pesar de que se detectaron muchos abombamientos y protrusiones discales *sin compresión radicular*. Algunos de estos casos fueron llevados a cirugía y persistió el cuadro doloroso lumbar. El refinamiento tecnológico actual, sumado a la experiencia del Médico Radiólogo, permite que la RM ofrezca óptima sensibilidad y especificidad diagnóstica, lo que constituyó la principal conclusión de dicho trabajo. El seguimiento de los casos con lumbalgia, por parte del Radiólogo, no fue posible en la mayoría de los casos y derivó en el desconocimiento del tratamiento recibido por el paciente. Algunos pacientes cambiaron de médico tratante, otros radicaban fuera de la Ciudad de México y otros fueron llevados a cirugía, con insuficiente comunicación con el Médico Radiólogo sobre la evolución de los pacientes, con la intención de confirmar el diagnóstico por imagen.

Por otro lado, la información clínica del paciente es empleada por el Radiólogo para establecer el diagnóstico definitivo con mayor precisión y revertirlo al Médico tratante mayor especificidad informativa, que beneficia inicialmente al paciente. No es infrecuente que las solicitudes de los estudios de imagen únicamente se refieran al procedimiento requerido y en ocasiones se

expresa la posibilidad diagnóstica, omitiendo mayor información clínica.

El protocolo de mi trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía incluyó la obtención de información clínica directamente del paciente, antes de realizar el estudio, en virtud de la falta de historia clínica o de un resumen del cuadro clínico. Desde luego que esta breve *semblanza clínica* hecha en pocos minutos previos al estudio, no tiene la consistencia informativa completa, pero, como único parámetro clínico, ofrece ayuda en la definición diagnóstica del paciente.

La costumbre y los inicios de la Radiología establecieron que los primeros métodos diagnósticos fueran considerados como *estudios de gabinete*. Esta expresión debe erradicarse, en virtud de que la *Imagenología* actual se ha constituido como un estudio *paraclínico* (*no de gabinete*) realizado en Departamentos de Radiología e Imagen, con metodología variada, formando parte de un trabajo conjunto de carácter multidisciplinario. Este trabajo de *equipo* crea vínculos profesionales y responsabilidad compartida con otros médicos, cuya magnitud y repercusiones depende en ciertos casos de la forma como pueda conducirse una demanda legal, dirigida inicialmente a otros médicos no Radiólogos.

Por otro lado, deseo hacer mención de la *Radiología Intervencionista*, cuyos objetivos tienden a ofrecer una alternativa de tratamiento, paliativo o definitivo, considerada por algunos autores como *Cirugía de mínima invasión*. La eficacia de esta activa participación en la terapéutica actual de algunos casos, se ha demostrado ampliamente con el relevante desempeño de Radiólogos Intervencionistas mexicanos, como: Wilfrido Castañeda, Marco Antonio Zenteno, Jorge Balderrama, Yukiyosi Kimura, Antonio Alcántara, Luis Ramos Méndez y Guadalupe Guerrero. La realización de un

procedimiento intervencionista conlleva una responsabilidad de orden quirúrgico por parte del Médico Intervencionista, con todas sus consecuencias, positivas y negativas. La participación del Radiólogo Intervencionista en un tratamiento que requiera la instalación de *Stents* y *coils* o la embolización de una lesión, los compromete a situaciones de carácter quirúrgico, con todos los riesgos derivados de esta responsabilidad. Esta participación activa en el tratamiento de un paciente puede crear conflictos susceptibles de ser ventilados en juicios civiles o penales.

La *Imagenología* diagnóstica actual, aplicada a la columna vertebral, ha obtenido cualidades particulares con la Tomografía Computarizada (TC) helicoidal de alta resolución y en forma sobresaliente con el empleo de técnicas de múltiples detectores, también conocidas como TC multicorte, apoyadas en el refinamiento tecnológico de los programas y de la asombrosa capacidad para la creación de imágenes de elevada definición, en estaciones de trabajo, que permiten manejar la información con nuevos modos de evaluación tridimensional o navegaciones virtuales, en diversas estructuras anatómicas, incluyendo el canal raquídeo.

Por su parte, la RM ha mostrado excelentes cualidades diagnósticas por su capacidad para evaluar extensas áreas anatómicas en la columna vertebral y su contenido, detallando zonas de reducidas dimensiones con excelente resolución espacial, aprovechando las características de los gradientes, la intensidad del campo magnético y algunos programas especiales como la navegación intrarraquídea y la reconstrucción tridimensional.

En este segundo número del Vol. 4 se han incluido temas relacionados con el desarrollo y la patología de la columna vertebral, resaltando el valor de las imágenes diagnósticas actuales para su evaluación.