

Comentario al artículo «¿Puede la ecografía tridimensional cambiar la exploración ecográfica ginecológica en nuestro medio?»

Sr. Director:

Resulta muy interesante la lectura del artículo «¿Puede la ecografía tridimensional cambiar la exploración ecográfica ginecológica en nuestro medio?», publicado en el número 5 del volumen 51 de su Revista¹. Sin embargo, quisiera hacer unas puntualizaciones.

El trabajo presenta un importante sesgo en el diseño. Un mismo ecografista no puede realizar primero una eco 2D e inmediatamente después una eco 3D a la misma paciente y establecer comparaciones entre ambas exploraciones, pues previamente a la eco 3D ya conoce la situación de los órganos pélvicos. Es un sesgo claro que invalida cualquier conclusión a la que se quiera llegar. En la publicación de Benacerraf et al² con la que comparan los resultados, una vez que se ha realizado la eco 2D, entra en la sala otro investigador que, sin conocer previamente la localización de los órganos pélvicos, obtiene los volúmenes 4D.

Se habla de 46 pacientes entre febrero y junio de 2006, pero no se explica el método de selección, lo cual también podría constituir un sesgo.

Al ser, como afirman, la publicación de unos datos preliminares de un estudio más amplio todavía, los autores están a tiempo de modificar el diseño para eliminar los sesgos que puedan anular las conclusiones del estudio definitivo.

Cuando en la discusión hablan de eficiencia parece que lo más importante es el tiempo de uso del aparato de ecografía, pero el trabajo del ecografista acaba cuando se han interpretado los resultados y emitido el informe. La eficiencia de la técnica debe incluir siempre el cómputo de todo el proceso desde que la paciente entra en la consulta hasta que el informe está finalizado. Todos los que hacemos ecografía ginecológica sabemos que en muchas ocasiones consume más tiempo la preparación de la paciente que la realización de la ecografía ginecológica

(sobre todo si son pacientes de edad), por lo que las diferencias en el tiempo de exploración son muy pequeñas dentro de ese tiempo global. Además, transferir las imágenes a otro ordenador también lleva un tiempo que debería contabilizarse. En mi opinión, la gran ventaja de la eco 3D es que es más objetiva, por lo que disminuye la variabilidad interobservador.

En el preámbulo del artículo los autores afirman que la ecografía transvaginal puede considerarse de rutina dentro de las revisiones ginecológicas periódicas. Se supone que se refieren a mujeres asintomáticas. Esta afirmación, posiblemente innecesaria pues no aporta nada al trabajo de investigación, realizada en un artículo firmado por personas muy importantes y conocidas dentro del ámbito de la ginecología, puede llevar a conclusiones equivocadas por parte de aquellos que lo lean, sobre todo si son profanos en la materia, e incluso a malas interpretaciones desde un punto de vista legal. Conviene precisar que sólo dos intervenciones están consideradas preventivas dentro del campo de la ginecología en mujeres asintomáticas: el cribado citológico cérvico-vaginal y el cribado mamográfico³. Ninguna otra intervención ginecológica preventiva en mujeres asintomáticas ha demostrado ser eficaz. Ningún trabajo científico bien diseñado ha demostrado la eficacia preventiva de la ecografía ginecológica para el cribado de los cánceres de endometrio y de ovario en mujeres asintomáticas y, sin embargo, su uso rutinario provoca muchas intervenciones innecesarias, con la consiguiente morbilidad en mujeres sanas⁴⁻⁷. La detección de miomas o de quistes funcionales en mujeres asintomáticas carece de importancia clínica y ningún estudio ha demostrado su utilidad, pero provoca mucha ansiedad y la realización de algunas intervenciones quirúrgicas innecesarias. Además, supone un importante coste económico. Ninguna sociedad científica apoya el uso sistemático de ecografía en mujeres asintomáticas^{3,8-11}. La ecografía

754 ginecológica es una prueba complementaria excelente y como tal sólo se debe realizar en un contexto clínico adecuado, pero no es una prueba de cribado en mujeres asintomáticas.

Animo a los autores del artículo a seguir trabajando en el desarrollo y la promoción de una herramienta que supone un gran avance en el campo de la ginecología y de otras especialidades médicas, co-

mo ya se ha demostrado en el ámbito de la obstetricia, aunque deben subsanar los errores metodológicos si quieren que su trabajo sea reconocido internacionalmente, como se merecen.

Manuel Ángel Veiga Tuimil

Área Sanitaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de El Ferrol. A Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercé LT, Alcazar JL, Barco MJ, Bau S, Sabatel R, Troyano JM, et al. ¿Puede la ecografía tridimensional cambiar la exploración ecográfica ginecológica en nuestro medio? *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:256-64.
2. Benacerraf BR, Shipp TD, Bromley B. Improving the efficiency of gynecologic sonography with 3-dimensional volumes. *J Ultrasound Med*. 2006;25:165-71.
3. Marzo M, Bellas B, Nuin M, Cierco P, Moreno M. Grupo de expertos del PAPPs. Estrategias de prevención del cáncer. *Aten Primaria*. 2007;39 Supl 3:47-66.
4. Crayford TJB, Campbell S, Bourne TH, Rawson HJ, Collins WP. Benign ovarian cysts and ovarian cancer: a cohort study with implications for screening. *Lancet*. 2000;355:1060-6.
5. Chu C, Rubin SC. Screening for ovarian cancer in the general population. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20:307-20.
6. Fung MF, Bryson P, Johnston M, Chambers A. Screening postmenopausal women for ovarian cancer: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26:717-28.
7. Dann RB, Kelley JL, Zorn KK. Strategies for ovarian cancer prevention. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2007;34:667-86.
8. ACOG Committee opinion number 247. Routine cancer screening. *Int J Obstet Gynaecol*. 2003;82:241-5.
9. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. *Cancer J Clin*. 2003;53:27-43.
10. Neesham D. Ovarian cancer screening. *Australia Family Physician*. 2007;36:126-8.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for ovarian cancer: recommendation statement. *Ann Fam Med*. 2004;2:260-2.