

## Bibliografía

1. Herráez Ortega I, Alonso Orcajo N, López González L. The "sarcoid cluster sign". A new sign in high resolution chest CT. *Radiologia*. 2009;51:495-9.
2. Webb RW, Muller NL, Naidich DP. Diseases characterized primarily by nodular or reticulonodular opacities. En: Webb RW, Muller NL, Naidich DP, editores. *High-resolution CT of the lung*, 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 259-353.
3. Heo JN, Choi YW, Jeon SC, Park CK. Pulmonary tuberculosis: Another disease showing clusters of small nodules. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;184:639-42.
4. Kumazoe H, Matsunaga K, Nagata N, Komori M, Wakamatsu K, Kajiki A, et al. "Reversed halo sign" of high-resolution computed

tomography in pulmonary sarcoidosis. *J Thorac Imaging*. 2009; 24:66-8.

5. Marchiori E, Grando RD, Simões Dos Santos CE, Maffazzoli Santos Balzan L, Zanetti G, Mano CM, et al. Pulmonary tuberculosis associated with the reversed halo sign on high-resolution CT. *Br J Radiol* 2010;83:e58-60.

E. Marchiori\*, G. Zanetti y C.M. Mano

*Departamento de Radiología, Fluminense Federal University, Rio de Janeiro, Brasil*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* edmarchiori@gmail.com (E. Marchiori).

doi:10.1016/j.rx.2010.01.016

## Respuesta de los autores

### Authors' Response

*Sr. Director:*

Es muy interesante el caso del signo del «cúmulo sarcoideo» en TC de tórax de alta resolución descrito en un paciente con tuberculosis pulmonar. Efectivamente, la imagen muestra los hallazgos característicos de este signo, que hemos descrito como un grupo de múltiples nodulillos puntiformes próximos pero no confluentes, en el pulmón periférico<sup>1</sup>.

En nuestra serie de 9 pacientes con sarcoidosis y signo del «cúmulo sarcoideo» y en otro paciente diagnosticado posteriormente, todos los estudios de TC de tórax de alta resolución mostraban otras alteraciones además de los cúmulos: adenopatías hiliares y mediastínicas (9), patrón nodulillar linfagítico (8), opacidad en vidrio deslustrado (3), consolidaciones (2, en un caso cavitadas), signos de fibrosis (2), nódulos grandes (1), nódulo con halo (1), signo de la «galaxia sarcoidea» (1), signo del «corro de brujas» (1), engrosamiento liso de septos interlobulillares (1) y atrapamiento aéreo (1). En el caso de la tuberculosis pulmonar que se presenta, el signo del «cúmulo sarcoideo» no se asocia

con ningún otro hallazgo, o al menos los autores no lo describen.

Por tanto, la tuberculosis puede incluirse en el diagnóstico diferencial cuando se observa el signo del «cúmulo sarcoideo» en TC de tórax de alta resolución y no hay otros hallazgos que apoyen el diagnóstico de sarcoidosis, fundamentalmente adenopatías hiliares y mediastínicas y nódulos con distribución linfagítica.

## Bibliografía

1. Herráez Ortega I, Alonso Orcajo N, López González L. El «cúmulo sarcoideo». Un nuevo signo en tomografía computarizada de tórax de alta resolución. *Radiología*. 2009;51:495-9.

I. Herráez Ortega<sup>a,\*</sup>, N. Alonso Orcajo<sup>b</sup> y L. López González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Radiología, Hospital de León, León, España*

<sup>b</sup>*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de León, León, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* iherraez@yahoo.es (I. Herráez Ortega).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.rx.2010.01.016

doi:10.1016/j.rx.2010.03.002

## La tomografía computarizada musculoesquelética en el catálogo de prestaciones radiológicas de la SERAM

### Musculoskeletal computed tomography in the seram's catalogue of imaging services

*Sr. Director:*

El catálogo de prestaciones de la SERAM tiene muchas virtudes y es una herramienta útil a la hora de planificar

agendas y distribuir recursos. Por eso, mis felicitaciones a la sociedad por este trabajo que debe ser una referencia entre los radiólogos.

El motivo de esta carta es hacer una precisión sobre una técnica que no se ha modificado en la última edición y cuyos tiempos médicos asignados, en mi modesta opinión, no se ajustan ni de cerca con la realidad. Me refiero concretamente a la tomografía computarizada (TC) en el área musculoesquelética.

En primer lugar, no considero apropiado que la TC articular se englobe bajo un término genérico de TC de miembro superior o inferior, como si hacer un codo fuese igual que hacer un hombro o una muñeca. Hay una diversidad anatómica con

diferentes grados de complejidad diagnóstica que debe considerarse. Creo que el tratamiento de los procedimientos radiológicos debe ser uniforme y el tratamiento genérico que se aplica a la TC musculoesquelética no se aplica ni a otras localizaciones anatómicas ni a otras técnicas.

En cuanto a los tiempos médicos, no solo me parecen ajustados, sino prácticamente imposibles de cumplir en la realidad en la mayoría de los casos, siempre que se haga un informe especializado que incluya la revisión y la descripción de las lesiones óseas y de las partes blandas.

Las razones se pueden dividir en 2: cantidad de imágenes y necesidad de estudio multiplanar o 3D.

Si tomamos el cráneo simple como referencia, al que se le asignan 10 min de tiempo médico (lo mismo que a cualquier TC articular), el agravio comparativo resulta muy evidente. Frente a un máximo de 30 imágenes que suele tener una TC de cráneo, la TC articular oscila en un rango de entre 100-500 imágenes, dependiendo fundamentalmente del grosor de corte utilizado.

Por otro lado, la necesidad de visualización de las articulaciones en otros planos del espacio (sagital, coronal o incluso axial oblicuo) es obligatoria en la TC articular y raramente necesaria en la TC de cráneo. La reconstrucción 3D en la TC articular es opcional y debe utilizarse para resaltar un hallazgo que puede tener implicación terapéutica; muchas veces la exige el médico peticionario.

Si comparamos los tiempos asignados a la TC articular con respecto a la RM articular, también existe un agravio comparativo. Aunque la RM articular sea más utilizada que la TC articular, no implica que su informe requiera un mayor tiempo médico. En primer lugar, porque el número de imágenes también suele ser inferior. En segundo lugar, la TC muestra una mayor resolución anatómica del hueso, lo que permite detallar lesiones mínimas que se deben describir. En tercer lugar, la TC articular es útil en la detección de lesiones de las partes blandas, que por su menor contraste requieren una mayor observación y pericia diagnóstica, pero que, evidentemente, no deben omitirse en el informe.

Por tanto, en mi opinión, basada en muchos años de experiencia como radiólogo musculoesquelético, la TC articular debe desglosarse adecuadamente por región anatómica y deben asignársele unos tiempos médicos equiparables a los de la RM articular, si no superiores.

F. Ruiz Santiago

*Departamento de Radiología, Hospital de Traumatología, Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves, Granada, España*

*Correos electrónicos: ferusan@ono.com, ferruizsan@terra.es*

doi:10.1016/j.rx.2010.02.002

## **Respuesta sobre el catálogo de prestaciones radiológicas de la SERAM**

### **Response about the SERAM's Catalogue of Radiological Services**

*Sr. Director:*

En relación a la carta enviada por el Dr. Fernando Ruiz Santiago sobre el catálogo de prestaciones radiológicas de la SERAM, queremos transmitirle nuestro agradecimiento en nombre de la comisión del catálogo por su reconocimiento a la utilidad de esta herramienta que la SERAM elabora y actualiza. También quiero agradecerle, sinceramente, por su crítica. Asumimos que pueden existir errores que deben ser corregidos y por supuesto, discrepancias en la valoración de las exploraciones.

Para tener el catálogo permanentemente actualizado, hemos habilitado en la Web de la sociedad un formulario

para la inclusión de nuevas exploraciones que pueden encontrar en la siguiente dirección:

[http://seram.es/index.php?option=com\\_content&view%3b=article&id=495](http://seram.es/index.php?option=com_content&view%3b=article&id=495)

Gracias a su carta nos hemos dado cuenta de que cometimos el error de llamarle «nuevas exploraciones», nombre que ya hemos modificado, porque el objetivo de esta sección de la Web no es solo incluir aquellas que no están presentes, sino también recibir propuestas de modificación de las exploraciones actuales.

La comisión del catálogo se reunirá cada 6 meses para realizar una evaluación de las sugerencias de los socios e incluir las que, a su juicio, se consideren adecuadas.

Les invito a proponer las modificaciones que estimen oportunas.

F. Tardáguila

*Presidente Saliente de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), Madrid, España*

*Correo electrónico: ftardaguila@povisa.es*

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.rx.2010.02.002

doi:10.1016/j.rx.2010.02.013