

## La importancia de un diseño adecuado y la robustez de las conclusiones

### Al Director

He leído con interés el artículo publicado recientemente titulado “Espesores parietales y patrones de fibrosis en miocardiopatía hipertrófica evaluados con resonancia magnética cardíaca”, de Deviggiano y colaboradores. (1) El trabajo se presenta metodológicamente como un estudio observacional y se infiere que el diseño sería transversal atendiendo a los objetivos del trabajo (plantea objetivos como “caracterizar la distribución regional de los espesores miocárdicos y su relación con la presencia de fibrosis miocárdica, así como determinar los diferentes patrones de RT y cuantificar el porcentaje de fibrosis miocárdica de los pacientes con MCH evaluados por RMC”); tampoco se plantea como diseño de estudios diagnósticos debido a la falta de mención del patrón oro para diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica (MCH). No obstante, se menciona luego que se realizó control con un “grupo control” sin mención si fue 1:1 o más controles; además, los criterios de inclusión de los controles no son coincidentes con los de los casos. (2) Luego, en Resultados se hacen inferencias estadísticas comparando ambos grupos, observándose menor número de controles que de casos. Por último, se hace mención en la Discusión acerca de ciertas diferencias entre los pacientes con MCH y los controles.

Los autores hacen una adecuada mención de las limitaciones del trabajo respecto de que se realizó control contra un grupo que no fue muy bien definido. Creo que esto no le quita la importancia y seriedad del trabajo, pero, en función de robustecer el conocimiento, la utilización de los diseños adecuados fortalece las conclusiones de los trabajos. Por ejemplo, en esta publicación, el hecho de haber realizado la descripción de los hallazgos solamente ya es un aporte interesante, o bien haber tomado el diseño de estudios de pruebas diagnósticas (3) utilizando el ecocardiograma transtorácico como método recomendado para *screening* (4) en individuos con riesgo de padecerla, con un nivel de evidencia de Clase I B, pudiendo seleccionar a los individuos de acuerdo con el riesgo (familiares de pacientes con MCH o antecedentes de muerte súbita), realizándose ambos estudios y determinando sensibilidad, especificidad, valores predictivos.

**Prof. Pablo A. Olavegogeochea**

Mag. Investigación Clínica  
Facultad de Ciencias Médicas -  
Universidad Nacional del Comahue  
e-mail: polavego@gmail.com

### BIBLIOGRAFÍA

1. Deviggiano A, Carrascosa P, De Zan M, Capuñay C, Deschle H, Rodríguez Granillo GA. Espesores parietales y patrones de fibrosis en miocardiopatía hipertrófica evaluados con resonancia magnética cardíaca. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:208-14. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i3.7168>
2. Schulz KF, Grimes DA. Case-control studies: research in reverse. *Lancet* 2002;359:431-4.
3. Irwig L, Bossuyt P, Glasziou P, Gatsonis C, Lijmer J. Designing studies to ensure that estimates of test accuracy are transferable. *BMJ* 2002;324:669-71.
4. Fraiche, A. & Wang, A. *Curr Cardiol Rep* 2016;18:70. doi:10.1007/s11886-016-0751-8

### Respuesta de los autores

Agradecemos la gentil opinión del Prof. Pablo A. Olavegogeochea relacionada con el trabajo mencionado. En primer lugar deseamos hacer hincapié en que la intención del trabajo no fue establecer la certeza diagnóstica de la RMC en comparación con un estándar de referencia, sino describir las características morfológicas y la distribución del realce tardío en pacientes con miocardiopatía hipertrófica.

Entendemos que su principal objeción radica en la selección del grupo control. Queremos mencionarle que para su conformación se seleccionaron pacientes no diabéticos con espesores parietales, dimensiones y función sistólica conservados, sin evidencia de realce tardío, valvulopatías, pericardiopatías o cardiopatía congénita. De esta forma se descartó patología estructural, habiéndose detallado los criterios de selección en Material y métodos. Creímos que la adición del grupo control enriquecería el trabajo y es por ello que dentro de las limitaciones mencionamos que “los resultados de la comparación de pacientes con MCH y un grupo control deben considerarse en el contexto de que no fue un estudio diseñado para tal fin”.

Finalmente, queremos remarcar que el criterio de un espesor miocárdico > 15 mm por ecocardiografía es el criterio más utilizado en los trabajos de MCH, mientras que los antecedentes familiares o de muerte súbita son factores de riesgo que no hacen al diagnóstico, sino que se relacionan con el riesgo de muerte súbita. (1)

**Alejandro Deviggiano<sup>MTSAC</sup>, Patricia Carrascosa<sup>MTSAC</sup>,  
Gastón Rodríguez Granillo<sup>MTSAC</sup>**

### BIBLIOGRAFÍA

1. Maron BJ, Maron MS, Wigle ED, Braunwald E. The 50-year history, controversy, and clinical implications of left ventricular outflow tract obstruction in hypertrophic cardiomyopathy: from idiopathic hypertrophic subaortic stenosis to hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:191-200.