

■ CARTA AL EDITOR

La evidencia de ausencia no es ausencia de evidencia

The evidence of absence is not absence of evidence

Ángel Ricardo Rolón¹

¹Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay

Estimado Editor

En relación al artículo "Miocardiopatía dilatada asociada a la psoriasis", publicado en su edición Vol. 5 Núm. 2 (2018)⁽¹⁾ resulta interesante e intrigante la asociación entre miocardiopatía dilatada (MCD) y psoriasis, siempre y cuando se descarten otros procesos más comunes como causa de la MCD.

La Sociedad Europea de Cardiología en el 2008 definió la miocardiopatía como una *afectación miocárdica en la que el músculo cardíaco es estructural y funcionalmente anormal, en ausencia de coronariopatía, hipertensión, valvulopatías o cardiopatías congénitas, suficientes para causar dicha afectación miocárdica*⁽²⁾.

La MCD es una de los cinco tipos de miocardiopatías. Se define por la presencia de dilatación del ventrículo izquierdo o biventricular y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo *en ausencia de condiciones anormales de carga (hipertensión, valvulopatías) o enfermedad de la arteria coronaria suficiente para causar una alteración sistólica global*⁽³⁾.

La insuficiencia cardíaca de nueva aparición puede tener un curso agudo, por ejemplo, como consecuencia de un infarto agudo de miocardio, o subaguda, por ejemplo, en pacientes con MCD, que frecuentemente tienen síntomas durante semanas o meses antes de que se confirme el diagnóstico. En ocasiones, un paciente puede tener IC debido a un problema que se resuelve por completo (*p. ej. miocarditis viral aguda, síndrome de Tako-Tsubo, taquimiocardiopatía*). Pacientes con MCD «idiopática» pueden presentar una recuperación sustancial o incluso completa de la función sistólica del ventrículo izquierdo con las nuevas terapias modificadoras de la enfermedad⁽⁴⁾.

La psoriasis es un estado inflamatorio sistémico, que confiere un mayor riesgo cardiovascular además de los factores de riesgo tradicionales. La coronariopatía, la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia y la microalbuminuria se observan sistemáticamente en los pacientes con psoriasis⁽⁵⁾.

Dicho todo esto, parece muy apresurado y aventurero por parte de los autores del artículo ("Miocardiopatía dilatada asociada a la psoriasis"), tratar de atribuir a la psoriasis como la causa de la MCD. Según lo manifestado en la historia clínica, hay muchos cabos sueltos y preguntas por responder, que a lo mejor los autores pudieron haber investigado o preguntado pero no se hacen referencias en el artículo, a saber;

1. Los autores mencionan que el paciente presentó un ritmo irregular compatible electrocardiográficamente con fibrilación auricular (FA). *No se precisa el estado hemodinámico del paciente al ingreso. Dicho dato no solo es de vital importancia para el perfil de tratamiento a ser utilizado (control del ritmo vs control de la frecuencia cardíaca), sino que también nos da una idea de los posibles factores desencadenantes.*

2. Reconociendo la incertidumbre sobre la duración real del episodio de FA en el paciente del artículo y los eventuales episodios previos no detectados, que pudo haber existido incluso de manera totalmente desapercibido para el paciente, la FA *bien puede causar una dilatación de cavidades*

izquierdas con falla ventricular aguda y/o taquimiocardiopatía. No solo es una alta frecuencia cardíaca, sino también la contracción asincrónica del miocardio, lo que puede conducir a una disfunción del ventrículo izquierdo en una FA. En el artículo se menciona una frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto en el electrocardiograma, pero no se especifica si fue al ingreso o en qué momento de la evolución. Tampoco hay más datos del ritmo cardíaco en la evolución posterior. De esta manera los autores toman como un dato menor la fibrilación auricular en el contexto de una insuficiencia cardíaca dilatada con fracción de eyección disminuida, queriendo atribuir solo a la psoriasis como causante de la MCD, hecho que puede tomarse como una variable de confusión.

3. Si los autores al interrogatorio clínico no pudieron discernir la evolución de la FA del paciente, una pista más objetiva del mismo se hubiese encontrado *en los datos ecocardiográficos del tamaño y de los volúmenes de la aurícula izquierda, ventrículo izquierdo y derecho*, datos que también se tomaron o expresaron de una manera incorrecta.

4. No se especifica de manera escrita ni gráfica *el método ecocardiográfico* escogido para el cálculo de las dimensiones de las cavidades izquierdas y derecha, y no hay *ninguna mención de los volúmenes auriculares y ventriculares*.

5. El tamaño del ventrículo izquierdo debe evaluarse de forma rutinaria por Eco 2D mediante el cálculo de volúmenes utilizando la *técnica biplano de suma de discos*. En laboratorios con experiencia en Eco 3D se recomienda esta medición, siempre que sea posible, dependiendo de la calidad de imagen. Cuando se informa sobre las dimensiones lineales del ventrículo izquierdo, el método recomendado es la medición guiada por 2D. Las mediciones del tamaño y volumen del ventrículo izquierdo deben ser reportados considerando el *origen étnico del paciente e indexándolas por área de superficie corporal*⁽⁶⁾ datos que los autores del artículo no lo mencionan.

6. La función sistólica del ventrículo izquierdo se debe evaluar de forma rutinaria mediante Eco 2D con el cálculo de la fracción de eyección *a partir del volumen de fin de diástole y volumen de fin de sístole*. Una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor al 52% para hombres y menor de 54% para mujeres es sugestiva de función sistólica del ventrículo izquierdo anormal⁽⁶⁾.

7. Los autores de este caso solo mencionan una medida de la aurícula izquierda. *Al evaluar el tamaño y la remodelación de la aurícula izquierda, se recomienda la medición del volumen de la aurícula izquierda*, ya que la evaluación del volumen tiene en cuenta las alteraciones en el tamaño de la cámara de la aurícula izquierda en todas las direcciones y no solamente en la dirección anteroposterior⁽⁶⁾.

8. Finalmente, la FA bien puede causar una hipoquinesia global del ventrículo izquierdo. *Los autores hacen hincapié únicamente a la coronariopatía como posible causa del trastorno de la motilidad ventricular*, suceso que no puede tomarse de manera excluyente. La identificación de anomalías en la movilidad regional de la pared del ventrículo izquierdo puede ser particularmente importante en pacientes con sospecha de coronariopatías o miocarditis⁽⁴⁾. Además, *los autores descartan totalmente la coronariopatía* como causa de la dilatación ventricular y de la insuficiencia cardíaca al tener un resultado de cateterismo cardíaco sin lesiones coronarias, excluyendo fácilmente a toda una entidad cardiológica; la *microcirculación coronaria anormal* como causa de coronariopatía. Un mejor análisis de la microcirculación nos puede proveer una resonancia magnética cardíaca.

9. A sabiendas de que es difícil conseguir resonancia magnética cardíaca en los hospitales de nuestro país, los autores no hacen referencia a dicho método diagnóstico (si solicitaron o no). La resonancia magnética cardíaca con realce tardío de Gadolinio permite diferenciar *el origen isquémico o no isquémico de la insuficiencia cardíaca* y visualizar la fibrosis miocárdica o el tejido cicatricial. Además, la resonancia magnética cardíaca permite caracterizar el tejido miocárdico de la miocarditis, amiloidosis, sarcoidosis, enfermedad de Chagas, miocardiopatía de Fabry y hemocromatosis.

10. Tampoco hay más detalles de la *valvulopatía mitral e insuficiencia mitral moderada que presentaba el paciente al inicio*. Dicha valvuloptía por sí sola puede justificar, sumada a la FA del paciente, un cuadro agudo de insuficiencia cardíaca. Si asentamos esto como verdad, se derrumba el diagnóstico de MCD, ya que este último *exige la ausencia* de procesos que conlleven un aumento anormal de la carga ventricular.

11. Un dato no menor es que los autores no hacen mención sobre la concentración plasmática del péptido natriurético auricular, si lo solicitaron y los resultados del mismo. El péptido natriurético ayuda a establecer un diagnóstico inicial y un plan de trabajo en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda y subaguda.

12. A todo esto, se suma la no aclaración si investigaron potenciales causas reversibles de MCD: infecciones víricas por citomegalovirus, VIH/SIDA, hepatitis, Epstein-Barr, otras infecciones como toxoplasmosis, histoplasmosis, enfermedad de Lyme, enfermedades por *Rickettsia*, trastornos electrolíticos, hipocalcemia, hipofosfatemia, deficiencias nutricionales (tiamida, carnitina), consumo de cocaína, déficit de hierro.

13. El paciente presenta muy poco tiempo evolutivo de su psoriasis (solo dos años), sin complicaciones, siendo muy poco probable el causante de una MCD que conlleve a una insuficiencia cardiaca.

Por todo lo expuesto, tomar la ausencia de un elemento como evidencia de un todo, no significa ausencia de evidencia(s), al menos cuando se busca algo detallada y sistemáticamente.

Ángel Ricardo Rolón

Especialista en Medicina Interna y Cardiología
Correo electrónico: angelricardorolon@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benitez Rojas DM, Popoff Duarte EP, Ruiz Acosta AG. Miocardiopatía dilatada asociada a la psoriasis. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2018; 5 (2):105-9.
2. Elliott P, Andersson B, Arbustini E, Bilinska Z, Cecchi F, Charron P, et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society Of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Eur Heart J. 2008; 29(2):270-6. doi.org/10.1093/eurheart/ehm342.
3. Merlo M, Cannatà A, Gobbo M, Stolfo D, Elliott PM, Sinagra GM. Evolving concepts in dilated cardiomyopathy. Eur J Heart Fail. 2018 Feb;20(2):228-239. doi: 10.1002/ejhf.1103.
4. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(12): 1167.e1-e85.
5. Kimball AB, Robinson D Jr, Wu Y, Guzzo C, Yeilding N, Paramore C, Fraeman K, Bala M. Cardiovascular disease and risk factors among psoriasis patients in two US healthcare databases, 2001–2002. Dermatology. 2008; 217(1): 27–37
6. Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, Afilalo J, Armstrong A, Ernande L, et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. J Am Soc Echocardiogr. 2015 Jan;28(1):1-39.e14. doi: 10.1016/j.echo.2014.10.003.