Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 767

Revista Española de Cardiología

6014-200. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO RECIBIDO EN NUESTRO MEDIO DEL 2004-2015

Pablo Bazal Chacón[1], Aitziber Munarriz Arizcuren[1], Adriana Noehmi García Herrera[2], Aitor Ansotegui Hernández[2], Adela María Navarro Echeverria[1], Javier Martínez Basterra[1], Ana Isabel Santos Sánchez[1] y Óscar Agudo Pascual[2] del [1]Servicio de Cardiología y [2] Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudio de características basales y evolución del síndrome aórtico (SAA) tipo A en función del tratamiento recibido en nuestro medio.

Métodos: Análisis de los pacientes ingresados con SAA en el Servicio de Cardiología y Medicina Intensiva entre 2004-2015. Se recogen variables demográficas, tipo de SAA, clasificación de Standford, complicaciones y mortalidad. Estudio comparativo mediante test $?^2$ (variables cualitativas) y t-Student (variables cuantitativas). Análisis estadístico con *software* STATA versión 12.0.

Resultados: Se diagnosticaron 90 pacientes con SAA, el 63% (57 pacientes) fueron tipo A. Dentro de estos, el 75,4% fueron diagnosticados de disección aórtica, 12,2% de hematoma intramural y 12,2% úlcera penetrante. El 66% de los pacientes diagnosticados de SAA tipo A fueron tratados mediante cirugía y el 33% tratamiento conservador. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (quirúrgico frente a conservador) en sus características basales tanto en edad (mediana 64 frente a 69 años), sexo (prevalencia de varones 65,8 frente a 78,9%) y factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, tabaquismo, dislipemia) a excepción diabetes 0 frente a 10,53% (p = 0,04). Se diagnosticó una mayor proporción de derrame pericárdico 81,58 frente a 36,84% (p 0,001) e insuficiencia aórtica masiva 47,37 frente a 21,05% (p 0,05) en el grupo de tratamiento quirúrgico, sin embargo no se encontraron diferencias en otras potenciales complicaciones (IAM, hemotórax, ictus, insuficiencia renal). La estancia hospitalaria media fue significativamente superior entre los que se intervinieron 29 frente a 11 días (p 0,002). La mortalidad fue significativamente inferior en los operados 21,05 frente a 57,89% (p 0,005). Estas diferencias fueron a expensas de una menor mortalidad intrahospitalaria 21,05 frente a 52,63% (p 0,016), ya que no se encontraron diferencias significativas en mortalidad a los 6 meses y al año de seguimiento. Las diferencias fueron aun más marcadas en el subgrupo de SAA secundario a disección.

Conclusiones: Independientemente del tratamiento recibido, el SAA tipo A continúa siendo una entidad de mal pronóstico con una mortalidad intrahospitalaria especialmente elevada entre los tratados de manera conservadora. Por ello, se debe tener un alto nivel de sospecha diagnóstica para asegurar el tratamiento quirúrgico a todos los pacientes que pudiesen ser candidatos.