



4019-4. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISECCIÓN TIPO A EN EL REGISTRO ESPAÑOL DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. UNA MEJORA CONTINUADA

Ángela López Sainz¹, Víctor X. Mosquera Rodríguez², Manel Castells³, J. Francisco Nistal Herrera⁴, Rafael Rodríguez-Lecoq¹, Rubén Fernández Tarrío⁵, José Miguel Barquero Aroca⁶, Julio Lugo Adan⁷, Eva María Cantero Pérez⁸, Francisco Arregui Montoya⁹, Antonio José Barros Membrilla¹⁰, Jorge Centeno Rodríguez¹¹, David Toral Sepúlveda¹², Emiliano Rodríguez Caulo¹³ y Arturo Evangelista Masip¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Hospital Clínic, Barcelona. ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria). ⁵Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁷Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra). ⁸Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ¹⁰Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ¹³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento quirúrgico de la disección tipo A es una emergencia que prioriza la supervivencia del paciente. Actualmente existe una importante controversia en relación a si la extensión de la reparación de la aorta ascendente con inclusión del arco puede tener un impacto negativo en la mortalidad precoz o ser potencialmente beneficiosa en la evolución a medio-largo plazo. El propósito del estudio fue valorar la evolución de las estrategias quirúrgicas y la mortalidad en la disección aórtica tipo A en el Registro Español del Síndrome Aórtico (RESA) a lo largo de los últimos 15 años.

Métodos: De los 1.078 pacientes operados de disección tipo A: RESA I (2005-2007) 284 pacientes; RESA II (2012-2014) 347 pacientes y RESA III (2018-2019) 447 pacientes, se analizaron los datos quirúrgicos registrados en el RESA III y se compararon con los previos.

Resultados: En el RESA III se utilizó canulación axilar en el 76% de los pacientes, seguido por canulación femoral en el 18,2% y otras alternativas en el 5,8% de los casos. Se realizó hipotermia en el 57,7% de los pacientes, hipotermia profunda en el 33% y hipotermia ligera en el 9,3% de los casos. Comparando las tres ediciones del RESA no se evidenciaron cambios en la inclusión de la cirugía de la raíz de aorta (38,7%, 42,0 vs 41,2%; $p = 0,71$). No obstante, si hubo un incremento significativo en la cirugía de reparación del arco aórtico, reemplazo parcial o total, (31,0%, 29,0 vs 42,2%, $p = 0,0003$). Este incremento fue especialmente alto en el reemplazo total del arco aórtico (10,7%, 7,3 vs 16,4%, $p = 0,0009$).

Comparación de la cirugía del SAA entre RESAS

Cirugía en disección tipo A	RESA I	RESA II	RESA III
Número de pacientes	284	347	447

Reemplazo aislado de aorta ascendente	52,5%	56,0%	49,6%	
Con hemiarco	20,3%	21,7%	25,8%	
Con arco completo	10,7%	7,3%	16,4%	
Mortalidad	33,4%	25,1%	23,9%	p = 0,015

Conclusiones: Los resultados del RESA III evidencian que la canulación axilar y la hipotermia moderada son las estrategias más utilizadas actualmente en nuestro país. Comparando la evolución de los resultados de los RESAS se observa una estrategia más agresiva con la inclusión del arco aórtico al aislado reemplazo de la aorta ascendente, especialmente con el reemplazo total del arco. A pesar de esta estrategia más agresiva la mortalidad del tratamiento quirúrgico ha disminuido significativamente.