



7002-8. ALGO ESTÁ CAMBIANDO EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. RESULTADOS DEL REGISTRO ESPAÑOL DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (RESA-III)

Ángela López Sainz¹, Chiara Granato¹, Manuel Azqueta Molluna², Antonio José Barros Membrilla³, Víctor X. Mosquera Rodríguez⁴, Jordi López-Ayerbe⁵, Francisco Calvo⁶, Rubén Fernández-Tarrio⁷, Ana Revilla Orodea⁸, Marcos Potocnik⁹, Pedro Fresneda¹⁰, Alberto Forteza Gil¹¹, Óscar Gil Albarova¹², José F. Rodríguez-Palomares¹ y Arturo Evangelista Masip¹, del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Clínic, Barcelona, ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁴Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, ⁵Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Ciés, Vigo (Pontevedra), ⁷Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), ⁸Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, ⁹Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ¹⁰Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ¹¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y ¹²Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Con el desarrollo de nuevos avances en el abordaje y tratamiento del síndrome aórtico agudo (SAA) el pronóstico de estos pacientes ha cambiado en los últimos años. El Registro Español de Síndrome Aórtico Agudo (RESA-III) se estableció con el fin de evaluar los resultados del tratamiento actual del SAA en una gran cohorte de hospitales de la misma área geográfica.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con SAA que ingresaron en 29 hospitales terciarios del territorio español, durante más de 18 meses (2017/2018).

Resultados: Un total de 574 pacientes (68% varones; edad 64 ± 14 años) fueron incluidos. La disección aórtica fue la enfermedad subyacente en 474 (82,6%) (375 tipo A, 99 B), hematoma aórtico en 76 (13,2%) (43 tipo A y 33 B) y úlcera penetrante en 24 (4,2%) (7 tipo A y 17 B). Del subgrupo tipo A (74% $n = 425$), el 81% recibió tratamiento quirúrgico. 78 pacientes no se sometieron a cirugía debido principalmente a comorbilidades graves ($n = 34$) o edad avanzada ($n = 24$), rechazo del paciente ($n = 7$) o presencia de un hematoma intramural ($n = 2$). Respecto a la cohorte con tipo B (26%, $n = 149$), el 52% se manejó médicamente, el 37% endovascular y el 11% se sometió a cirugía. Se indicó tratamiento endovascular debido a dolor recurrente ($n = 19$), dilatación progresiva de los vasos ($n = 9$), expansión de la disección ($n = 5$), periferia ($n = 5$) o isquemia visceral ($n = 4$), hipertensión ($n = 18$), sangrado periférico ($n = 17$) o inestabilidad hemodinámica ($n = 8$). La mortalidad general del tipo A durante la hospitalización fue del 36,4%; 26,4% en pacientes tratados quirúrgicamente y 79,4% en pacientes tratados médicamente ($p = 0,001$). En el tipo B, la mortalidad global fue del 19,1%; 21,9% en el subgrupo médico, 43,8% en los tratados con cirugía abierta y 7,8% en la cohorte de tratamiento endovascular ($p = 0,004$).

Conclusiones: A pesar de los avances en el diagnóstico y abordaje del SAA, la mortalidad hospitalaria sigue siendo alta. En el tipo A, la tasa de abordaje médico fue demasiado alta (19%); sin embargo, en el tipo B, el tratamiento endovascular arrojó excelentes resultados con menos mortalidad que el tratamiento médico (7,8 frente a 19,1%). Nuestros datos respaldan la necesidad de una mejora continua en el tratamiento del SAA.