Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 309

Revista Española de Cardiología

15. INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN Y ETIOPATOGENIA DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Miguel Ferrer Menéndez[1], Francesc Altadill Balsells[1], Álvaro Rodríguez Pérez[1], Juan Francisco Tabilo Ahumada[2], Miriam Domínguez Tenreiro[3] y Antonio José Barros Membrilla[1]

[1]Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, [2]Cirugía cardiaca. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España y [3]Anestesia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: De acuerdo al envejecimiento poblacional se está observando un aumento en la edad de presentación del síndrome aórtico agudo (SAA). No obstante, hay pocos datos acerca de la forma de presentación clínica, así como de las particularidades etiopatogénicas del SAA en función de la edad.

Métodos: Se analizan los datos de un registro prospectivo monocéntrico español que incluye a todos los pacientes con SAA atendidos en 10 años (2012-2022). Se comparó la frecuencia de los 3 subtipos clásicos de SAA (disección (DAA), hematoma intramural (HIM) y úlcera penetrante de aorta (UPA)) de acuerdo a 3 grupos de edad (80 años). Se realiza un análisis descriptivo de la distribución de comorbilidades en los 3 grupos y la presencia de signos radiológicos por angio-TC compatibles con afectación ateroesclerótica/inflamatoria tanto en la aorta como en los principales territorios arteriales.

Resultados: Se incluyeron 256 pacientes. 156 de 80 años. 195 (76%) presentaron una DAA, 42 (16%) un HIM, 12 (5%) una UPA. Los pacientes con DAA son significativamente más jóvenes que el resto de SAA (61 ± 14 vs 73 ± 10 p 0,0001). El 87% de los SAA en 70 años fueron DAA, mientras que los HIM y las UPA aumentan significativamente con la edad. En pacientes 70 años tuvieron más prevalencia de EPOC, cardiopatía isquémica, ictus previo, aneurisma aórtico conocido, valvulopatía aórtica no bicúspide, coronariografía previa y tratamiento antiagregante y anticoagulante. La edad se asoció significativamente con la presencia de signos ateroescleróticos/inflamatorios en la pared de la aorta (35% en 80 años, p 0,0001). También se apreció dicha asociación en las arterias coronarias y en el resto de arterias principales. Estos signos radiológicos estuvieron presentes en el 46% de DAA frente al 63% en el resto de SAA (p 0,068) (tabla).

Distribución de los datos de acuerdo a la edad

	70 años	70-80 años	> 80 años	p
	n = 156	n = 63	n = 37	

Subtipo de SAA, n (%)				
DAA	136 (87)	36 (57)	23 (62)	
HIM	13 (8)	19 (30)	10 (27)	p 0,0001
UPA	5 (3)	3 (5)	4 (11)	
Extensión del SAA, n (%)				
Tipo A	116 (74)	40 (64)	25 (68)	0,25
Tipo B	40 (26)	23 (36)	12 (32)	
Epidemiología, n (%)				
Hombre	120 (77)	42 (67)	20 (54)	0,015
Fumador	107 (69)	37 (59)	12 (32)	0,0001
DLP	54 (35)	31 (49)	17 (46)	0,097
DM	15 (10)	7 (11)	5 (14)	0,775
ERC	7 (5)	6 (10)	5 (14)	0,1
EPOC	22 (14)	20 (32)	5 (14)	0,007
Historia familiar	28 (18)	9 (14)	4 (11)	0,517
Cardiopatía isquémica	4 (3)	13 (21)	7 (19)	0,0001
Ictus previo	6 (4)	10 (16)	8 (22)	0,0001
Vasculopatía periférica	10 (6)	7 (11)	4 (11)	0,426

Síndrome de Marfan	5 (3)	0	0	
Aneurisma de aorta	21 (14)	22 (35)	6 (16)	0,001
Valvulopatía aórtica no bicúspide	6 (4)	8 (12)	5 (14)	0,024
Válvula aórtica bicúspide	8 (7)	1 (2)	1 (3)	0,49
Anomalías del arco aórtico y TSA	27 (17)	12 (19)	5 (14)	0,72
Cirugía cardiaca previa	5 (3)	7 (11)	2 (5)	0,066
Cateterismo cardiaco previo	1 (1)	8 (26)	3 (15)	0,0001
Tratamiento antiagregante	12 (13)	12 (39)	4 (20)	0,008
Tratamiento anticoagulante	2 (2)	6 (19)	7 (35)	0,0001
Ateromatosis o inflamación, n (%)				
Aorta	39 (35)	32 (78)	19 (73)	0,0001
Arterias coronarias	38 (40)	19 (70)	10 (83)	0,001
Principales ramas de la aorta	23 (24)	15 (58)	7 (64)	0,001

DAA: disección aórtica aguda; HIM: hematoma intramural; UPA: úlcera penetrante de aorta; DLP: dislipemia; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TSA: troncos supraaórticos.

Conclusiones: Las DAA son significativamente más prevalentes en pacientes de 70 años. Los pacientes ancianos presentan más HIM y UPA. Estas diferencias epidemiológicas se asocian con comorbilidades propias de la edad, así como con signos radiológicos que sugieren procesos ateroescleróticos/inflamatorios subyacentes.