



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

Ángela López Sainz<sup>1</sup>, Chiara Granato<sup>1</sup>, Manuel Azqueta Molluna<sup>2</sup>, Antonio José Barros Membrilla<sup>3</sup>, Víctor X. Mosquera Rodríguez<sup>4</sup>, Jordi López-Ayerbe<sup>5</sup>, Francisco Calvo<sup>6</sup>, Rubén Fernández-Tarrio<sup>7</sup>, Ana Revilla Orodea<sup>8</sup>, Marcos Potocnik<sup>9</sup>, Pedro Fresneda<sup>10</sup>, Alberto Forteza Gil<sup>11</sup>, Óscar Gil Albarova<sup>12</sup>, José F. Rodríguez-Palomares<sup>1</sup> y Arturo Evangelista Masip<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, <sup>2</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, <sup>5</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), <sup>6</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra), <sup>7</sup>Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), <sup>8</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, <sup>9</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), <sup>10</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, <sup>11</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y <sup>12</sup>Hospital 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  $64 \pm 14$  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.