



## 4017-6. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DEL ARCO COMPLETO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A DENTRO DEL PROTOCOLO "CÓDIGO AORTA"

Carlos Ferrera Duran<sup>1</sup>, Isidre Vilacosta<sup>1</sup>, Pablo Busca<sup>2</sup>, Ana Carrero<sup>3</sup>, Francisco Javier Martín Sánchez<sup>4</sup>, María Jesús Domínguez García<sup>5</sup>, Esther Álvarez<sup>6</sup>, Inés Ramos<sup>1</sup>, Ana Viana Tejedor<sup>1</sup>, Isaac Martínez López<sup>1</sup>, Javier Cobiella Carnicer<sup>1</sup>, Francisco Javier Noriega Sanz<sup>1</sup>, Rosa Beltrao<sup>7</sup>, Julián Pérez Villacastín<sup>1</sup> y Luis Carlos Maroto Castellanos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias Médicas de Madrid. SUMMA-112, Madrid, <sup>3</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), <sup>4</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>5</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), <sup>6</sup>Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y <sup>7</sup>Servicio de Anestesiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El síndrome aórtico agudo (SAA) tipo A se asocia con una elevada mortalidad. La cirugía urgente es el tratamiento de elección con el objetivo de salvar la vida del paciente. En la mayoría de los casos la cirugía se limita a la raíz y la aorta ascendente. Muchos pacientes deben enfrentarse a una reintervención de alto riesgo por dilatación del arco y la aorta descendente. El objetivo del trabajo es evaluar los resultados de la cirugía de sustitución de arco completo en acto único en pacientes con SAA.

**Métodos:** El "Código Aorta" es un protocolo de atención a los pacientes con SAA que se integra dentro de una red de 4 Hospitales con un centro de referencia. Se recogieron de forma prospectiva y consecutiva todos los pacientes con SAA. Se seleccionaron los pacientes con SAA tipo A y afectación del arco en los que se realizó cirugía. Se compararon los pacientes en los que se sustituyó el arco completo mediante la técnica de "Frozen Elephant Trunk (FET)" en el mismo acto quirúrgico frente a aquellos en los que no se realizó.

**Resultados:** Desde abril-2019 a febrero-2022, se incluyeron 78 pacientes con SAA. De ellos, 51 (65,4%) fueron tipo A en los que se realizó cirugía. En 32 (62,7%) el arco aórtico estaba afectado y se clasificaron en 2 grupos: pacientes en los que se realizó FET (n = 18) y aquellos en los que no se intervino el arco (n = 14). No hubo diferencias significativas en la edad y la distribución por géneros entre los grupos (tabla). El tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía fue similar entre los grupos (media 3,4 frente a 2,6 horas, p = 0,543). La realización de FET requirió tiempos de cirugía mayores (tabla). Tras la cirugía los pacientes del grupo FET tuvieron mayor insuficiencia renal y complicaciones neurológicas (tabla). No hubo diferencias significativas en otras complicaciones posoperatorias (tabla). La mortalidad entre los grupos fue similar (tabla).

### Tiempos quirúrgicos y evolución posquirúrgica

Variables	Grupo FET (n = 18)	Cirugía sin intervención del arco (n = 14)	p
-----------	--------------------	--	---

Edad (años)	61,3 ± 10,4	59,8 ± 21,7	0,798
Tiempo de CEC (minutos)	181 (158-221)	131 (85-171)	0,023
Tiempo de parada circulatoria (minutos)	37 (32-43)	17 (14-26)	0,004
Complicaciones posquirúrgicas			
Insuficiencia renal	72,2% (13)	28,6% (4)	0,014
Taponamiento cardiaco	5,6% (1)	7,1% (1)	0,854
Infarto de miocardio	11,1% (2)	0% (0)	0,492
Complicaciones neurológicas	44,4% (8)	21,4% (3)	0,266
Sangrado	38,9% (7)	28,6% (4)	0,712
Mortalidad	22,2% (4)	21,4% (3)	0,957

CEC: circulación extracorpórea; FET: "Frozen Elephant Trunk".

**Conclusiones:** Aunque requiere un mayor nivel de experiencia del cirujano y mayores tiempos quirúrgicos, la sustitución del arco completo mediante la técnica FET es una opción posible y segura en los pacientes con SAA tipo A y afectación del arco. La técnica FET no se asocia con una mayor mortalidad postquirúrgica. Este abordaje evita la necesidad de una cirugía abierta posterior y posibilita la reparación endovascular en el seguimiento.