



## 6051-8. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO RECIBIDO EN NUESTRO MEDIO DEL 2004 AL 2022

Pablo Raposo Salas, Leire Goñi Blanco, Betel Olaizola Balboa, Pablo Bazal Chacón, David Aritza Conty Cardona, Marina Segur García, Aitziber Munarriz Arizcuren, Félix Gómez Blasco, Virginia Álvarez Asiain, Julene Ugarriza Ortueta, Arturo Lanaspá Gallego, Jara Amañur García Ugaldebere, Maite Odriozola Garmendia y Cristina Villabona Rivas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Estudio de características basales y evolución del síndrome aórtico (SAA) tipo A en función del tratamiento recibido en nuestro medio.

**Métodos:** Análisis de los pacientes ingresados con SAA en el servicio de cardiología y medicina Intensiva entre 2004 y 2022. Se recogen variables demográficas, tipo de SAA, clasificación de Stanford, complicaciones al ingreso y mortalidad. Estudio comparativo mediante test de chi-cuadrado y t-Student bajo análisis estadístico con STATA.

**Resultados:** Se recogieron 152 pacientes con SAA, de los cuales el 63,81% (97 pacientes) fueron tipo A. De los clasificados como Stanford A, el 78,35% fueron diagnosticados de disección aórtica, el 11,34% de hematoma intramural y 10,31% de úlcera penetrante.

El 74,22% de los pacientes diagnosticados de SAA tipo A fueron tratados mediante cirugía y el 25,78% tratamiento conservador. En el análisis de ambos grupos de tratamiento (quirúrgico vs conservador) no se encontraron diferencias significativas en las características basales de los pacientes, tanto en edad (mediana 63 vs 61,8 años), sexo, hipertensión, tabaquismo o dislipemia. La excepción es la mayor presencia de pacientes diabéticos en el grupo de tratamiento conservador (1,39 vs 12% ( $p = 0,02$ )). Los pacientes del grupo quirúrgico fueron diagnosticados en mayor medida de insuficiencia aórtica grave (47,22 vs 24% ( $p = 0,04$ )). Sin embargo, no se encontraron diferencias en otras potenciales complicaciones (IAM, taponamiento, hemotórax, ictus, insuficiencia renal o isquemia mesentérica). La estancia hospitalaria media fue significativamente superior entre los que se intervinieron (23,3 días vs 10,5 días ( $p = 0,003$ )). La mortalidad fue significativamente inferior en los operados (43,06 vs 68% ( $p = 0,03$ )). Estas diferencias fueron fundamentalmente a expensas de una menor mortalidad intrahospitalaria (23,19 vs 48% ( $p = 0,02$ )), ya que no se encontraron diferencias significativas en mortalidad a los 6 meses y al año de seguimiento.

Complicaciones derivadas del SAA al momento del ingreso en los distintos grupos de tratamiento

Complicaciones al ingreso	Grupo quirúrgico	Grupo conservador	p
---------------------------	------------------	-------------------	---

IAM	3 (4,17%)	1 (4%)	0,97
Taponamiento	10 (13,89%)	7 (28%)	0,11
Insuficiencia aórtica grave	34 (47,22%)	6 (24%)	0,04
Ictus	7 (9,72%)	3 (12%)	0,74
Hemotórax	4 (5,56%)	0 (0%)	0,23
Insuficiencia renal aguda	13 (18,06%)	3 (12%)	0,48
Isquemia mesentérica	6 (8,33%)	2 (8%)	0,96

**Conclusiones:** El SAA tipo A continúa siendo una entidad de mal pronóstico con una mortalidad muy elevada. Tal y como se refleja en los resultados, la mortalidad en nuestro medio es menor en los pacientes manejados con tratamiento quirúrgico, sobre todo a expensas de una reducción en la mortalidad intrahospitalaria.