Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1041

Revista Española de Cardiología

6051-7. SÍNDROME AÓRTICO AGUDO, COMPLICACIONES Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CLASIFICACIÓN DE STANDFORD Y TRATAMIENTO RECIBIDO

Leire Goñi Blanco, Pablo Raposo Salas, Betel Olaizola Balboa, Pablo Bazal Chacón, David Aritza Conty Cardona, Marina Segur García, Aitziber Munarriz Arizcuren, Félix Gómez Blasco, Jara Amaiur García Ugaldebere, Arturo Lanaspa Gallego, Julene Ugarriza Ortueta y Virginia Álvarez Asiain

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudio realizado con el objetivo de analizar las complicaciones y mortalidad hospitalaria de los diferentes tipos de síndrome aórtico agudo (SAA).

Métodos: Análisis de pacientes con SAA incluidos en el registro de nuestro centro de 2004 a 04/2022. Se recogen variables demográficas, tipo de SAA, tipo de tratamiento (médico, endovascular o quirúrgico), complicaciones y mortalidad. Estudio descriptivo mediante test de chi-cuadrado y t-Student. Estimación de asociación mediante regresión logística (OR con IC95%).

Resultados: Se registraron un total de 150 pacientes, de ellos 104 presentaron alguna complicación (81% en SAA tipo A y 45% en tipo B). Comparando SAA tipo A vs tipo B (tabla 1) se objetivó un mayor porcentaje de derrame pericárdico 51,58 vs 7,27% (p 0,01), taponamiento cardiaco 16,84 vs 0% (p 0,01) e insuficiencia aórtica grave 42,11 vs 3,64% (p 0,01) siendo diferencias estadísticamente significativas. En SAA tipo A se observó una tendencia no significativa a presentar infarto agudo de miocárdico e ictus y en tipo B insuficiencia renal. En cuanto a estancia hospitalaria (media ± DE) no hubo diferencias significativas entre ambos grupos 21,36 ± 20,92 días vs 24,66 ± 31,43 días (p 0,46). Atendiendo al tipo de tratamiento en el SAA tipo A este fue quirúrgico en 71,58% y médico en 25,28% (mortalidad hospitalaria quirúrgica vs médica 33,8 vs 54,16%). En el SAA tipo B fue médico en el 41,82% seguido por el endovascular 38,18% (mortalidad hospitalaria 13 vs 14,28%). Al realizar estudio univariable (tabla 2) se encuentra asociación con mortalidad hospitalaria significativa OR (IC95%) en pacientes que presentaron ictus 3,38 (1,01-11,26), insuficiencia renal 2,33 (1,02-5,3), isquemia mesentérica 6,57 (1,94-22,24), taponamiento 4,85 (1,67-14,07), déficit de pulsos en exploración 4,94 (1,90-12,81), isquemia en extremidades 3,15 (1,15-8,6) y papel protector del ECG normal al ingreso 0,42 (0,21-0,86). Al realizar estudio multivariable solo la isquemia mesentérica, el déficit de pulso, el taponamiento y el ecg normal mantuvieron su significación.

Tabla 1

Tipo de complicación	SAA tipo A (95 casos)	SAA tipo B (55 casos)	Valor p

Derrame pericárdico	49 (51,58%)	4 (7,27%)	0,01
Taponamiento cardiaco	16 (16,84%)	0	0,01
Hemotórax	4 (4,21%)	5 (9,09%)	0,22
Insuficiencia aórtica grave	40 (42,11%)	2 (3,64%)	0,01
Ictus	10 (10,53%)	2 (3,64%)	0,13
Infarto agudo de miocardio	4 (4,21%)	0	0,12
Insuficiencia renal	15 (15,79%)	14 (25%)	0,13
Isquemia mesentérica	8 (8,42%)	6 (10,91%)	0,61
Isquemia extremidades inferiores	13 (13,68%)	5 (9,09%)	0,40

SAA: síndrome aórtico agudo.

Tabla 2.

Conclusiones: El síndrome aórtico agudo es una entidad poco frecuente pero con elevada mortalidad hospitalaria. En nuestro medio se asocia a mayor mortalidad hospitalaria de forma significativa presentar ictus, insuficiencia renal, isquemia mesentérica, taponamiento, déficit de pulsos a la exploración e isquemia en extremidades.