

Hechos sorprendentes en el síndrome aórtico agudo. Diagnosticamos mejor, pero no mejoramos el pronóstico

Christoph A. Nienaber y Hüseyin Ince

División de Cardiología. Universidad de Rostock. Rostock. Alemania.

El estudio sobre el síndrome aórtico agudo (SAA) llevado a cabo por un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Cardiología¹ refleja un importante esfuerzo por realizar un seguimiento de los caminos diagnósticos y la toma de decisiones terapéuticas en relación con esta difícil entidad. La denominación SAA fue acuñada hace algunos años y está siendo aceptada de manera creciente en el mundo cardiovascular para designar a un grupo heterogéneo de pacientes, con un perfil clínico similar, que presentan diferentes trastornos agudos de la pared aórtica. Mientras que el subgrupo de pacientes con una disección completa suele estar formado por individuos hipertensos de entre 50 y 70 años de edad, los hematomas intramurales (HIM), que son un precursor de la disección, y las úlceras penetrantes de la aorta (UAP) se observan con mayor frecuencia en pacientes de entre 60 y 80 años. Si está afectada la aorta ascendente, el tratamiento convencional según las directrices actuales debe contemplar una reparación quirúrgica inmediata en casi todos los casos².

Los autores del registro español entienden también el SAA como un espectro completo de trastornos que van desde el HIM de la pared aórtica a la disección completa y las UAP sintomáticas, y han obtenido datos detallados de centros terciarios especializados de España que disponen de servicios diagnósticos y de cirugía cardiaca permanentes durante las 24 horas del día para cualquier trastorno aórtico. En consecuencia, estos hospitales pueden no reflejar necesariamente la asistencia estándar habitual y, de hecho, pueden prestar una asistencia incluso mejor que la existente en las condiciones reales generales. Teniendo en cuenta que los datos

reflejados en el estudio procedían en su mayor parte de estos centros terciarios, resulta especialmente sorprendente que los resultados obtenidos en los pacientes con trastornos aórticos con riesgo vital no mejoraran a pesar de la mejora documentada en la eficiencia diagnóstica. Para el conjunto de los datos, los esfuerzos del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Cardiología produjeron, de hecho, unas observaciones demográficas muy similares a las realizadas por el *International Registry of Acute aortic Dissection* (IRAD) realizado a una escala más amplia, con la observación de alrededor de un 80% de disecciones clásicas, un 15% de HIM y un 5% de UAP sintomáticas³⁻⁸. Además, la comorbilidad, los síntomas clínicos y la distribución de edades en España fueron similares a las del resto del mundo^{3,5}. De igual modo, tanto las preferencias diagnósticas como las estrategias terapéuticas fueron muy similares en España y en el registro IRAD⁹. De hecho, las semejanzas entre las observaciones realizadas en España y en el IRAD no son de extrañar, teniendo en cuenta que el IRAD es el registro internacional más amplio sobre la disección aórtica, con la inclusión en la actualidad de más de 2.200 pacientes en seguimiento continuo desde 1996. Los datos de España se corresponden muy bien con los del esquema global^{6,8,10,11} basado en 18 hospitales participantes que utilizan formularios de registro con datos estandarizados para los pacientes con SAA, en especial la disección clásica.

Sin embargo, ¿cuáles son las ventajas y las características útiles especiales de este registro español? En primer lugar, el simple hecho de generar cifras de ámbito nacional sobre los resultados y las estrategias terapéuticas utilizadas en una enfermedad de incidencia relativamente baja, pero de importantes consecuencias, merece todo nuestro respeto. Ciertamente, puede ser muy útil para hacer que las comunidades de profesionales y la administración hospitalaria del país apliquen algoritmos adecuados en todos los hospitales que prestan asistencia urgente, y para crear redes de referencia destinadas a trasladar a los pacientes a hospitales terciarios que dispongan de «centros de asistencia aórtica», para intentar finalmente mejorar el tratamiento y sus resultados.

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 255-62

Correspondencia: Dr. C.A. Nienaber.
Department of Internal Medicine. Division of Cardiology. University of Rostock.
Ernst-Heydemann Str. 6. 18055 Rostock. Alemania.
Correo electrónico: christoph.nienaber@med.uni-rostock.de

Full English text available from: www.revespcardiol.org

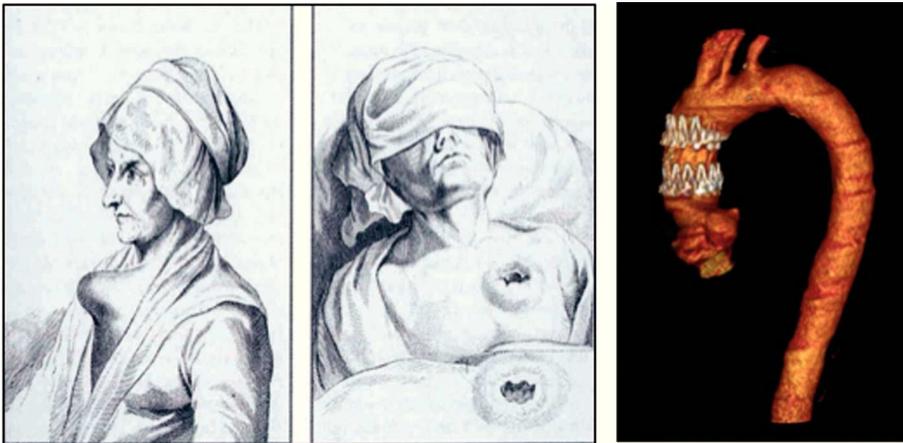


Fig. 1. Evolución del conocimiento sobre las enfermedades aórticas. Izquierda: dibujo de J. Verbrugge (1973) que ilustra la muerte causada por la rotura de un aneurisma disecante de la aorta ascendente con protrusión, tras el reposo en cama, ayuno y sedación. Derecha: reparación endovascular satisfactoria y remodelado de una disección aórtica proximal localizada que se manifestó como un síndrome aórtico agudo.

Aunque la proliferación de técnicas de imagen tomográfica, especialmente la tomografía computarizada (TC), la consulta temprana al cardiólogo y el progresivo reconocimiento diagnóstico del SAA han mejorado, no ha ocurrido así con la evolución de los pacientes, a pesar de que se les diagnostique en las primeras 24 horas, puesto que los resultados han continuado siendo malos y graves, con una mortalidad hospitalaria general del 35,4%¹. La mortalidad hospitalaria de la disección proximal ha alcanzado una cifra del 41,1% a pesar de que alrededor del 80% de los pacientes fueron operados con rapidez, y la disección distal se ha asociado a una mortalidad temprana de un 22,8%¹, similar a la del IRAD¹⁰.

En comparación con estudios científicos y encuestas recientes que se han llevado a cabo en países con asistencia sanitaria gestionada, estas cifras son motivo de reflexión y podrían ser un preocupante reflejo de la situación real o indicar el empleo de un tratamiento inferior (o insuficiente) a diferencia de la mejora obtenida en los esfuerzos diagnósticos^{11,12}. En otras palabras, las sociedades médicas nacionales obviamente ofrecen un potencial diagnóstico suficiente, pero continúa siendo necesaria una mejora de los resultados terapéuticos. Sin embargo, esto no resulta fácil, teniendo en cuenta la baja incidencia del problema y la escasa experiencia que obtienen los cirujanos jóvenes durante su carrera. Además, un estudio diagnóstico mejor y más rápido conduce automáticamente a una menor selección biológica (no deseada) y a que haya más pacientes que lleguen a un centro terciario en situación muy grave (con una elevada probabilidad de muerte intraoperatoria o postoperatoria), que anteriormente habrían fallecido sin llegar al hospital (fig. 1).

Ambas observaciones, la incidencia relativamente baja del problema y el estado cada vez más crítico de muchos pacientes con SAA proximal, hacen ne-

cesario disponer de centros de excelencia elegidos para prestar servicio a una zona geográfica específica; tales centros deben estar conectados con los hospitales y servicios de urgencias próximos que les remiten pacientes (y que deben encargarse de establecer un diagnóstico rápido y correcto) y prestar servicio durante las 24 horas y 7 días por semana ante cualquier caso agudo y complicado de SAA. Estos esfuerzos estructurales de las autoridades sanitarias, junto con la formación diagnóstica continua y repetida y las campañas de concienciación, probablemente acabarán produciendo, con el tiempo, una mejora de los resultados a corto plazo y del pronóstico a largo plazo de los pacientes con SAA. Lamentablemente, lo que los estudios científicos han demostrado como prueba de concepto continúa siendo un reto en la situación clínica real actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Evangelista A, Padilla F, López-Ayerbe J, Calvo F, López-Pérez M, Sánchez V, et al. Registro Español del Síndrome Aórtico Agudo (RESA). La mejora en el diagnóstico no se refleja en la reducción de la mortalidad. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:255-62.
2. Ince H, Nienaber CA. Tratamiento de los síndromes aórticos agudos. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:526-41.
3. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The international registry of acute aortic dissection (IRAD). New insights into old disease. *JAMA.* 2000;283:897-903.
4. Nienaber C, Eagle K. Aortic dissection: New frontiers in diagnosis and management. Part I: From etiology to diagnostic strategies. *Circulation.* 2003;108:772-8.
5. Tsai TT, Nienaber C, Eagle KA. Acute aortic syndromes. *Circulation.* 2005;112:3802-13.
6. Trimarchi S, Nienaber CA, Rampoldi V, Myrmet T, Suzuki T, Mehta RH, et al. Contemporary results of surgery in acute type A aortic dissection: The international registry of acute aortic dissection experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;129:112-22.

7. Trimarchi S, Nienaber CA, Rampoldi V, Myrmet T, Suzuki T, Bossone E, et al. Role and results of surgery in acute type B aortic dissection. Insights from the international registry of acute aortic dissection (IRAD). *Circulation*. 2006;114:1357-64.
8. Kische S, Akin I, Ince H, Rehders TC, Schneider H, Ortak J, et al. Reparación mediante implantación de *stents* en enfermedades agudas y crónicas de la aorta torácica. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1070-86.
9. Moore AG, Eagle KA, Bruckman D, Moon BS, Malouf JF, Fattori R, et al. Choice of computed tomography, transesophageal echocardiography, magnetic resonance imaging, and aortography in acute aortic dissection: International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Am J Cardiol*. 2002;89:1235-8.
10. Tsai TT, Isselbacher EM, Trimarchi S, Bossone E, Pape L, Januzzi JL, et al. Acute type B aortic dissection: does aortic arch involvement affect management and outcomes? Insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2007;116:1150-6.
11. Winnerkvist A, Lockowandt U, Rasmussen E, Rådegran K. A prospective study of medically treated acute type B aortic dissection. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2006;32:349-55.
12. Estrera AL, Miller CC, Goodrick J, Porat EE, Achouh PE, Dhareshwar J, et al. Update in outcomes of acute type B aortic dissection. *Ann Thorac Surg*. 2007;83:842-5.