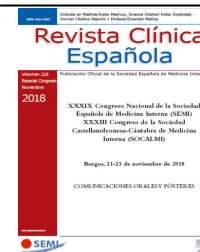




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EV-025 - SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: DIAGNÓSTICO, MANEJO Y EVOLUCIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL MADRILEÑO

C. Rodríguez-Olleros Rodríguez, L. Cantero del Olmo, C. Álvaro Vegue, S. Fraile Benítez, M. Díez Medrano, S. Calpena Martínez, J. García Cañete y A. Lorenzo Almorós

Medicina Interna-Urgencias. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

Resumen

Objetivos: Descripción de las características poblacionales, clínica, diagnóstico y manejo de síndrome aórtico agudo (SAA) en el servicio de Urgencias (SU) del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional que incluye todos los pacientes diagnosticados de SAA entre los años 2008 y 2018 en el SU.

Resultados: Se incluyeron un total de 36 pacientes, 58,3% varones, con una edad media de 74 años. El 86% presentaba HTA, 86% diabetes mellitus (DM) y 19% cardiopatía isquémica. Catorce pacientes (39%) presentaron disección tipo A, 10 (28%) disección tipo B, 6 (17%) hematoma intramural, y los 6 restantes úlcera penetrante. El síntoma principal de consulta en el SU fue el dolor (69,4%). Seis pacientes (17%) presentaron shock. La mediana de tiempo desde su llegada a urgencias hasta el diagnóstico fue de 202 minutos. A destacar que, de los 12 pacientes con síndrome aórtico agudo afectando a la aorta abdominal, 8 pacientes no tenían diagnóstico previo, y 5 de estos últimos eran varones mayores de 65 años con algún factor de riesgo cardiovascular. En cuanto al manejo farmacológico en urgencias, 5 (13,9%) de los pacientes con frecuencia cardíaca (FC) elevada no recibieron tratamiento dirigido a la FC. En los pacientes con disecciones tipo A, la cirugía urgente fue el tratamiento más frecuente (71,4%); mientras que en las disecciones tipo B fue el tratamiento médico (55,5%). En lo que concierne a la mortalidad, 13 pacientes (36%) fallecieron durante el ingreso, y 6 (17%) posterior al mismo. De los 19 pacientes con edad mayor de 75 años, 6 (31,6%) pacientes fueron sometidos a cirugía con una mortalidad del 50%, distando poco de los 10 pacientes menores de 75 años intervenidos, que presentaron una mortalidad de 40%. La mortalidad intrahospitalaria de este subgrupo fue del 42,1%.

Discusión: En comparación con los datos publicados por el Registro Español de Síndrome Aórtico Agudo (RESA), nuestra población presentaba una edad media considerablemente superior (60,9 versus 74 años), además de una prevalencia de factores de riesgo cardiovascular mucho mayor. Por contraparte, nuestro estudio presenta cifras similares a RESA en cuanto a mediana de tiempo hasta diagnóstico y mortalidad intrahospitalaria, si bien esta cifra fue menor en el Registro Internacional de Disección aórtica (IRAD), pudiendo este dato estar en relación a la mayor edad de presentación y comorbilidad de los pacientes de nuestra serie. Por su frecuencia, merece especial atención analizar la evolución de los pacientes añosos, dado que la edad es un importante predictor de mortalidad en el SAA. En IRAD, la mortalidad de este subgrupo en SAA de aorta torácica fue menor cuando se planteó un manejo quirúrgico que cuando se decidió manejo conservador. En nuestra serie de casos, la mortalidad intraoperatoria de este subgrupo fue algo mayor que los

menores de 75 años, si bien las cifras no son muy dispares (40% versus 50%). Finalmente, destacar la posibilidad de realizar screening ecográfico de aneurisma de aorta abdominal en población de riesgo, dado que se trata de una entidad prevalente (5,5% en población de riesgo), silente hasta el evento agudo, y en la que un tratamiento quirúrgico precoz asocia mucha menor mortalidad. Las guías de la Sociedad europea de Cardiología recomiendan el screening mediante ecografía abdominal en pacientes de alto riesgo. En nuestro estudio, 5 de los 8 pacientes sin diagnóstico presentaban factores de riesgo y hubiesen sido candidatos a screening.

Conclusiones: El SAA se presenta a edades cada vez más avanzadas, precisándose en el momento actual estudios en esta población. Además de un diagnóstico precoz, es necesaria la instauración de un tratamiento médico adecuado. El screening de aneurisma de aorta abdominal en pacientes de alto riesgo es poco costoso, y reduciría la mortalidad en estos pacientes.