

Impacto de la isquemia miocárdica en los pacientes con síndrome aórtico agudo tipo A

Raquel Frías García-Lago(1), Carlos Ferrera Durán(1), Inés Ramos González-Cristóbal(1), Manuel Carnero Alcázar(1), Isaac Martínez López(1), Francisco Javier Noriega Sanz(1), Rodrigo Fernández Jiménez(1), Blanca Román Serrano(1), Ana Carrero(2), Juan González del Castillo(3), Esther Álvarez(4), Carlos Alonso(5), Ana Viana Tejedor(1), Luis Maroto Castellanos(1) y Isidre Vila Costa(1) de (1)Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (2)Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España, (3)Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (4)Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España y (5)Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España

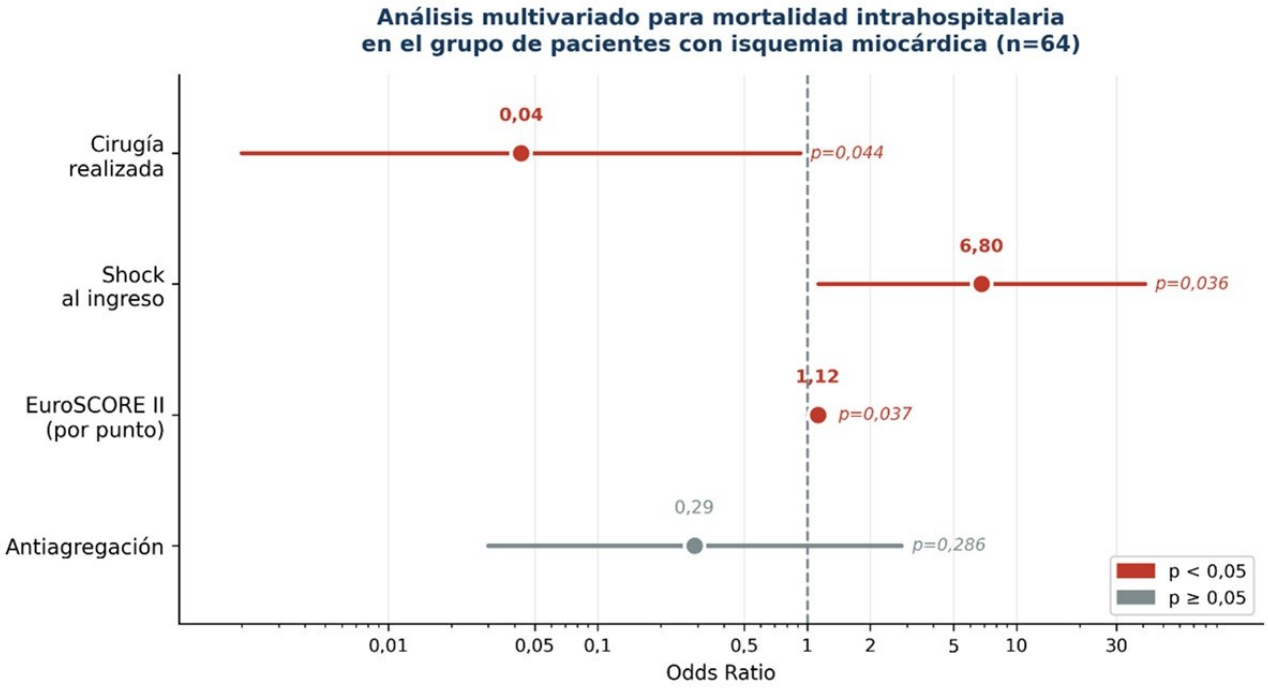
Introducción: Una de las complicaciones del síndrome aórtico agudo tipo A (SAA-A) es la isquemia miocárdica (IM). El diagnóstico diferencial con el síndrome coronario agudo (SCA) es difícil en estos casos. La administración de antiagregación puede asociar un incremento del riesgo hemorrágico para la cirugía urgente de los pacientes con SAA-A . El objetivo de este trabajo es determinar si la IM y la toma de antiagregación tiene impacto sobre sobre la indicación quirúrgica y la mortalidad en pacientes con SAA-A

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes con diagnóstico de SAA tipo A atendidos dentro de una red hospitalaria de 4 centros con un hospital de referencia desde 2013 a 2026. Se definió la IM por la presencia de cambios isquémicos en el ECG, elevación de marcadores de necrosis miocárdica (cTn > percentil 99 del LSR) o afectación coronaria en angio-TC (disección de la misma, compresión extrínseca de la luz o salida de la luz falsa). Se compararon características clínicas, tratamiento, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria entre pacientes con IM (n=64) y sin IM (n=128). En el subgrupo con IM se realizó un análisis multivariado de mortalidad ajustado por cirugía, shock al ingreso y EuroSCORE II.

Resultados: Este grupo presentó mayor prevalencia de uso de AAS, mayor tasa de insuficiencia aórtica severa y menor frecuencia de taponamiento cardiaco (tabla). La proporción de pacientes intervenidos fue similar (tabla).
No se observaron diferencias significativas en la mortalidad entre los grupos, ni en la reintervención por sangrado (figura). En la cirugía, el tiempo de isquemia miocárdica fue mayor en el grupo IM, sin diferencias en el resto de tiempos quirúrgicos (tabla).
En el grupo con IM, la cirugía se asoció de forma independiente con menor mortalidad (OR 0,12 [IC95% 0,03–0,48]; p=0,003), sin que la antiagregación previa se asociara con mayor mortalidad ni con reintervención por sangrado.

Conclusiones: La aparición de isquemia miocárdica es una complicación relativamente frecuente en los pacientes con SAA-A. Es preciso tener en consideración el SAA dentro del diagnóstico diferencial del paciente con datos de isquemia. La cirugía urgente se asocia con una reducción significativa de la mortalidad en los pacientes con SAA-A e isquemia miocárdica. En nuestra serie, la aparición de IM no se asoció con un mayor riesgo de sangrado y otras

complicaciones postoperatorias en los pacientes con SAA-A.



Características clínicas, tratamiento y resultados

Variable	IM (n=64)	No isquemia (n=128)	p
Edad, mediana [IQR]	65,0 [56,1-74,5]	68,8 [56,9-77,7]	0,217
Sexo varón	49/64 (77%)	73/128 (57%)	**0,011**
EuroSCORE II, mediana [IQR]	13,7 [9,1-21,2]	13,9 [7,7-23,9]	0,886
Shock al ingreso	25/64 (39%)	39/128 (30%)	0,258
Taponamiento cardiaco	6/64 (9%)	32/128 (25%)	**0,012**
IAo severa	26/64 (41%)	24/128 (19%)	**0,002**
Tratamiento antiagregante (AAS o inhibidor del ADP)	16/64 (25%)	18/128 (14%)	0,072
AAS	16/64 (25%)	16/128 (12%)	**0,039**
Cirugía realizada	52/64 (81%)	97/128 (76%)	0,465
Tiempo isquemia, min [IQR]	86 [66-115]	71 [55-100]	0,053
Tiempo CEC (min)	134 [102-170]	141 [106-181]	132 [101-167]
Tiempo parada cardíaca (min)	23 [14-36]	22 [13-32]	25 [14-41]
-- Complicaciones postoperatorias			
Insuficiencia renal	27/52 (52%)	35/97 (36%)	0,081
Reintervención por sangrado	3/52 (6%)	13/97 (13%)	0,177
Mortalidad global	18/64 (28%)	44/123 (36%)	0,329
Mortalidad en operados	10/52 (19%)	22/94 (23%)	0,677
Mortalidad en No operados	8/12 (67%)	22/29 (76%)	

CEC: circulación extracorpórea; Iao: insuficiencia aórtica; IM: isquemia miocárdica; min: minutos