

Síndrome aórtico agudo. Estudio RADAR, registro multicéntrico

NOEDIR A. G. STOLF¹, RICARDO R. DIAS¹

En el estudio RADAR sobre el síndrome aórtico agudo (SAA), llevado a cabo por un grupo de investigadores de emergencias cardiovasculares de la Sociedad Argentina de Cardiología, participaron 12 centros hospitalarios de Buenos Aires. El objetivo de este estudio consiste en caracterizar los casos de disección aórtica, hematoma intramural y úlcera penetrante de la aorta observando las formas de presentación de dichas afecciones, los métodos de diagnóstico empleados y la terapéutica adoptada para evaluar el pronóstico de los pacientes.

Existen, por cierto, otros estudios observacionales que aportan una casuística más amplia, como el IRAD (International Registry of Acute Aortic Dissection) y el RESA (Registro Español del Síndrome Aórtico Agudo). No obstante, la comparación de los resultados para formar opiniones y adoptar conductas en el marco de la realidad de la asistencia médica de los países emergentes muchas veces no es adecuada.

Por lo tanto, el mérito de este estudio multicéntrico argentino reside en la caracterización de la realidad asistencial en los centros médicos que no pertenecen a países del primer mundo. Queda abierta la sugerencia sobre la necesidad de ampliación del estudio RADAR hacia otros centros argentinos o sudamericanos una vez uniformadas las conductas y el cúmulo de información. Con ello, y a raíz del aumento de la cantidad de casos, se pretende posibilitar una evaluación de la realidad nacional que no se limite a los principales centros médicos de Buenos Aires, sino que apunte a una idea de realidad sudamericana.

Sin lugar a dudas, deben tomarse decisiones uniformes respecto de la normalización de las conductas (algoritmo) en todos los centros de asistencia sanitaria urgente para esos pacientes.

En los métodos de diagnóstico del estudio RADAR cabe destacar la alta sensibilidad del ecocardiograma transtorácico (83%) y la baja sensibilidad del estudio tomográfico (85%), a diferencia de los informes anteriores, en los que la sensibilidad para el diagnóstico del SAA fue del 65% y del 98%, respectivamente. Aún se observa un número elevado de cinecoronariografías realizadas, hecho poco frecuente en el SAA, así como la necesidad, en el 21% de los casos, de la asociación como método de elección de un ecocardiograma transtorácico y transesofágico para confirmar el diagnóstico.

Sin duda alguna, se requiere una intervención quirúrgica en el caso de SAA tipo A de Stanford. Por el

contrario, en el caso de SAA tipo B aún debe ahondarse en este punto, sobre todo ante la falta de consenso de conducta en la bibliografía. Es preciso esclarecer las diferencias entre el SAA tipo B complicado y el SAA tipo B no complicado y cuándo y cómo intervenir. Los tipos de intervenciones aplicadas deben adoptarse de manera uniforme para que se pueda obtener una muestra homogénea de conductas y para que los resultados arrojen conclusiones coherentes y precisas.

Según puede observarse, el 11% de las disecciones agudas proximales no fueron tratadas con cirugía, decisión que sólo se justificaría en estados clínicos de coma, necrosis mesentérica o negativa de los pacientes o de sus familiares a la operación. ¿Habrán habido dificultades en el abordaje de esos pacientes a favor de la operación? ¿La negativa habrá sido por temor a resultados quirúrgicos adversos?

La mortalidad hospitalaria por disecciones proximales en los pacientes operados y no operados fue del 31% y del 87,5%, respectivamente, resultado que difiere de los que se desprendieron de los estudios IRAD (26%) y RESA (33% y 71%).

El procedimiento quirúrgico más utilizado fue el reemplazo valvular aórtico asociado con la interposición del tubo supracoronario (50% de los pacientes operados). Esta operación no constituye una de las que se practican con mayor frecuencia por un SAA proximal, dado que, a pesar de la incidencia elevada de insuficiencia aórtica (50% a 60% de los pacientes), esta afección es producto de desalineación o desplazamiento de las hojas de la válvula aórtica. La corrección simple de la deslaminación es suficiente para recuperar la competencia valvular, sin necesidad de reemplazo. Por lo general, la necesidad de efectuar un reemplazo valvular en la fase aguda está relacionada con las disecciones que se producen como complicación evolutiva de la ectasia anuloaórtica. En estos casos, el método de elección es la técnica de Bentall y de Bono (37% de la muestra). Resta determinar si la tasa elevada de reemplazo valvular aórtico es producto de la supervaloración de la incompetencia valvular o del alto grado de compromiso primario valvular observado en los pacientes de esa muestra específica.

En el estudio RADAR para el SAA tipo B se realizaron intervenciones en el 60% de los casos: cirugía convencional (15%), fenestración quirúrgica de la aorta (10%) y colocación de endoprótesis (35%), una cifra muy elevada si se tiene en cuenta que se debe consen-

¹ División de Cirugía Cardiovascular, Instituto de Cardiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo

suar el tratamiento del tipo B complicado, que representa la minoría de los casos. Tal vez se estén realizando más procedimientos de los necesarios. Se requiere llevar a cabo un análisis previo sobre la uniformidad de las conductas, a la que los centros participantes deben ceñirse al pie de la letra con el fin de que se puedan sacar conclusiones sobre la base del conocimiento actual. En el IRAD, sólo 82 (6,5%) de 1.256 pacientes fueron derivados a cirugía. Por otra parte, en el RESA, el 34% fueron sometidos a una operación: el 11% mediante una cirugía convencional y el 23% a través de un tratamiento endovascular con una endoprótesis.

Queda clara la importancia de la educación continua, liderada por la Sociedad Argentina de Cardiología para sus cardiólogos y emergencistas. También es necesario reforzar la importancia del diagnóstico precoz del SAA, es decir, la importancia de vincularlo siempre con dolor precordial o torácico, puesto que, a partir de ello, se tardará menos en elaborar un diagnóstico y se instituirá con mayor rapidez una terapéutica adecuada. Como consecuencia, se reducirá el uso de una terapéutica inadecuada de tipo antitrombótica o trombolítica que, a veces, puede retrasar el procedimiento conveniente y acortar así la vida de muchos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Estrera AL, Miller CC, Goodrick J, Porat EE, Achouh PE, Dhareshwar J, et al. Update on outcomes of acute type B aortic dissection. *Ann Thorac Surg* 2007;83:S842-5.
- Evangelista A, Padilla F, López-Ayerbe J, Calvo F, López-Pérez JM, Sánchez V, et al. Spanish Acute Aortic Syndrome Study (RESA). Better diagnosis is not reflected in reduced mortality. *Rev Esp Cardiol* 2009;62:255-62.
- Hagan P G, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 2000; 283:897-903.
- Higa C, Guetta J, Borracci RA, Meribilhaa R, Marturano MP, Marenchino R, Benzádon M, Comignani P, Botto F, Fuselli JJ. Registro Multicéntrico de Diseción Aórtica Aguda. Estudio RADAR. Resultados preliminares. *Rev Argent Cardiol* 2009;77:354-60.
- Nienaber CA, Eagle KA. Aortic dissection: new frontiers in diagnosis and management: Part I: from etiology to diagnostic strategies. *Circulation* 2003;108:628-35.
- Trimarchi S, Nienaber CA, Rampoldi V, Myrmet T, Suzuki T, Mehta RH, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection Investigators. 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.
- Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA. Acute aortic syndromes. *Circulation* 2005;112:3802-13.
- Tsai TT, Trimarchi S, Nienaber CA. Acute aortic dissection: perspectives from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Eur J Endovasc Surg* 2009;37:149-59.