

## Tratamiento de los síndromes aórticos agudos (SAA)

1. SAA se compone de situaciones de emergencia relacionadas entre sí con características clínicas similares, e incluye la disección aórtica, el hematoma intramural (HI), y la úlcera penetrante aterosclerótica (UPA). El trauma de la aorta con desgarro intimal también puede ser considerado como un SAA.
2. El denominador común del SAA es la disrupción de la túnica media de la aorta con un sangrado a lo largo de la pared de la aorta que resulta en la separación de sus capas (disección), o transmural a través de la pared en el caso de la UPA o la rotura traumática. En la mayoría de los pacientes (90%), una disrupción de la íntima está presente que resulta en el pasaje de la sangre hacia un plano de disección dentro de la media.
3. El síndrome aórtico más común es la disección aórtica. El sello clásico de esta entidad es un desgarro en la íntima, que es precedido comúnmente por la degeneración de la pared media o su necrosis quística. La sangre fluye a través del desgarro separando la íntima de la media o de la adventicia, creando una falsa luz, y que se puede propagar de forma anterógrada o retrógrada. La presentación clínica de este síndrome dependerá de la localización de la rotura inicial, la participación de las ramas laterales y de complicaciones como el taponamiento, la insuficiencia de la válvula aórtica o síndromes de mala perfusión.
4. El factor de riesgo más común para la disección aórtica o el HIM es la hipertensión, y el 75% de los pacientes con SAA tiene una historia de hipertensión. Otros factores de riesgo incluyen el tabaquismo, traumatismo directo, y el uso de drogas ilícitas como la cocaína o las anfetaminas. La incidencia de la disección aguda oscila entre 2 y 3,5 casos por 100.000 personas-año.
5. Las causas más frecuente de la disección aórtica o ruptura traumática son los accidentes de tráfico o el trauma de desaceleración. Entre los pacientes que mueren en accidentes de tráfico, el 20% tiene una ruptura aórtica. El sitio más común de rotura aórtica es el istmo aórtico (45%), seguido de la aorta ascendente (23%).
6. El dolor es el síntoma más común entre los pacientes con SAA y su localización y síntomas asociados reflejan la ubicación la disrupción inicial, y cambia a medida que la disección se extiende a lo largo de la aorta.
7. El riesgo de muerte es mayor en los pacientes con taponamiento cardíaco, o la participación de los vasos coronarios o cerebrales, con isquemia cardíaca o cerebral resultante. En ausencia de reparación quirúrgica inmediata, el tratamiento médico de la disección proximal se asocia con una mortalidad del 20% a las 24 horas después de la presentación y de 50% al mes. En los pacientes sometidos a reparación quirúrgica, las tasas de mortalidad son un 10% a las 24 horas, y 20% a 30 días. La mortalidad a 30 días de la disección de tipo B es de 10%, pero es tan alta como 25% en pacientes que desarrollan complicaciones isquémicas.
8. El SAA (disección o IMH) de la aorta ascendente son emergencias quirúrgicas, mientras que los confinados a la aorta descendente son tratados médicamente, a menos que se compliquen por la mala perfusión de órganos o extremidades, con disección progresiva, sangrado extra-aórtica (inminente ruptura), dolor intratable, o hipertensión no controlable. La terapia endovascular se está convirtiendo en la terapia de preferencia para los pacientes con disecciones de tipo B si fracasa la terapia médica.
9. El tratamiento inicial de todos los pacientes con disección de la aorta se centra en reducir la presión del pulso manteniendo una presión de perfusión vital apenas suficiente, con el uso de beta-bloqueantes por vía intravenosa como terapia de primera línea. **Labetalol** es un agente especialmente eficaz, a pesar de requerirse a menudo múltiples agentes.
10. La tasa de supervivencia a los 10 años de los pacientes con SAA que salen del hospital es de 30-60%. Estos pacientes necesitan seguimiento a largo plazo con control agresivo de la hipertensión arterial, los beta-bloqueantes para reducir al mínimo el estrés de la pared aórtica, y estudios de imagen seriados para detectar signos de progresión, redisección, o formación de aneurismas.

**Tomado y traducido de:** Journal Scan Summary - Cardiosource - ACC

**Autor:** [Hitinder S. Gurm, M.B.B.S., F.A.C.C. \(Disclosure\)](#)

**Título:** Management of acute aortic syndromes

**Autores:** Christoph A. Nienaber and Janet T. Powell

**Referencia:** [Eur Heart J \(2011\) doi: 10.1093/eurheartj/ehr186](#) First published online: August 2, 2011