

Tratamiento quirúrgico e identificación de desgarros intimales en el hematoma intramural aórtico tipo A: datos del registro nacional de hematoma intramural aórtico y úlcera penetrante

Carlos Ferrera Durán(1), Antonio José Barros Membrilla(2), David Toral Sepúlveda(3), Jordi López Ayerbe(4), Marcos Potocnik(5), María Martín Fernández(6), Francisco Calvo Iglesias(7), José Fernando Rodríguez Palomares(8), Rubén Fernández Tarrío(9), Candelas Pérez del Villar(10), José E. López Haldón(11), María Núñez Sayar(12), Ana Viana Tejedor(1), Luis Maroto Castellanos(13) y Isidre Vila Costa(1) de (1)Servicio de Cardiología. Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (5)Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) - España, (8)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (9)Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España, (10)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (11)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España, (12)Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España y (13)Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España

Introducción: El hematoma intramural aórtico (HIA) tipo A es una entidad poco frecuente dentro de los síndromes aórticos agudos. La cirugía es el tratamiento de elección. Existe controversia sobre la fisiopatología del HIA así como su evolución y pronóstico. El objetivo del estudio fue analizar las características del tratamiento quirúrgico y la prevalencia de desgarros intimales en pacientes con HIA tipo A, así como evaluar si su presencia se asocia a diferencias en la presentación clínica o las complicaciones.

Métodos: Análisis del Registro Nacional de Hematoma Intramural Aórtico y Úlcera Penetrante, incluyendo 39 pacientes con HIA tipo A de 12 centros españoles (2022-2024). Se analizaron los detalles quirúrgicos y se compararon las características clínicas y complicaciones entre pacientes con y sin identificación de un desgarro intimal (puerta de entrada). Las variables continuas se expresan como mediana [rango intercuartílico] y se compararon mediante el test U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se compararon con el test exacto de Fisher

Resultados: De los 39 pacientes tipo A, 32 (82,1%) fueron intervenidos quirúrgicamente y 7 (17,9%) recibieron tratamiento conservador. La cirugía fue urgente en el 48,3%, emergente en el 34,5% y electiva en el 17,2%, con demora >24h en el 21,4%. La extensión incluyó aorta ascendente (84,4%), arco (25,0%) y raíz (15,6%). Se identificó un desgarro intimal (puerta de entrada) en 16/28 pacientes evaluables (57,1%). La localización fue aorta ascendente (46,7%), cayado (33,3%) y raíz (20%), con un tamaño mediano de 10 [6-20] mm. La presencia de puerta de entrada no se asoció a diferencias significativas en derrame pericárdico (50,0% vs 66,7%; p=0,660),

taponamiento (27,3% vs 22,2%; p=1,000) ni shock (25,0% vs 22,2%; p=1,000). La tasa de reintervención fue mayor en el grupo con desgarros intimales (25,0% vs 0%; p=0,113) sin alcanzar significación estadística. La mortalidad quirúrgica global fue del 3,2% (1/31).

Conclusiones: En este registro nacional, se identificaron desgarros intimales (puerta de entrada) en más de la mitad de los pacientes intervenidos por HIA tipo A, predominantemente en aorta ascendente. Estos hallazgos sugieren que una proporción relevante de HIA podría compartir mecanismos fisiopatológicos con la disección aórtica clásica. La presencia de desgarros intimales no se asoció a diferencias en las complicaciones preoperatorias ni postoperatorias

Presentación clínica y complicaciones según identificación de desgarro intimal

Variable	DI sí (n=16)	DI no (n=12)	p
Edad (años)	68,6 [61,0-75,1]	64,3 [60,5-77,8]	1,000*
Sexo masculino	11 (68,8%)	8 (66,7%)	1,000**
Grosor HIA (mm)	14,0 [11,8-21,5]	13,5 [11,5-16,2]	0,561*
Diámetro aórtico (mm)	47,0 [45,5-50,0]	53,0 [47,0-58,5]	0,112*
Presentación clínica			
Derrame pericárdico	6 (50,0%)	6 (66,7%)	0,660**
Derrame pleural	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0,486**
Hemomediastino	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0,486**
Taponamiento	3 (27,3%)	2 (22,2%)	1,000**
Shock	3 (25,0%)	2 (22,2%)	1,000**
Síncope	2 (16,7%)	2 (22,2%)	1,000**
Complicaciones postoperatorias			
IR	6 (37,5%)	6 (50,0%)	0,702**
FA	5 (31,2%)	4 (33,3%)	1,000**
CR	5 (31,2%)	3 (25,0%)	1,000**
Reintervención	4 (25,0%)	0 (0,0%)	0,113**
Shock postoperatorio	3 (18,8%)	0 (0,0%)	0,238**
Mortalidad	1 (6,2%)	0 (0,0%)	1,000**

DI: desgarro intimal (puerta de entrada); AoA: aorta ascendente; RIC: rango intercuartílico; IR: insuficiencia renal; FA: fibrilación auricular; CR: complicaciones respiratorias. Variables continuas: mediana [RIC]. *Test U de Mann-Whitney. **Test exacto de Fisher