

(DREAM), a veces, se malinterpretan o simplemente se ignoran<sup>1-5</sup>. Resumiendo las conclusiones de estos ensayos, la REVA ha reducido significativamente la mortalidad perioperatoria, y, a pesar de una disminución también significativa de la mortalidad a largo plazo relacionada con el aneurisma, la mortalidad global y la calidad de vida no se diferencian<sup>1-4</sup>. La REVA ni siquiera mejora la supervivencia comparado con ninguna intervención para pacientes que no son candidatos adecuados a la corrección abierta<sup>5</sup>. La vigilancia continuada, la necesidad de reintervenciones (cuyo número incluso puede aumentar con el tiempo y también se asocian con una mortalidad concurrente) y los mayores costes globales no son insignificantes y explican las controversias sobre la REVA<sup>1-7</sup>. Una mejora del 3% de la tasa de mortalidad relacionada con el aneurisma no puede compensar las diversas claras desventajas de la REVA. Obviamente, no es tan sólo la mortalidad la que debería determinar el tipo de corrección del aneurisma aórtico abdominal (AAA).

Las tasas de mortalidad pueden estar sesgadas por diversos factores. La REVA y la cirugía abierta son dos intervenciones diferentes por completo desde un punto de vista de su abordaje técnico. Es “muy difícil” que un paciente muera a causa de una REVA, y ésta es la razón de que las tasas de mortalidad parezcan la determinación de un criterio de valoración relativo. Los ensayos aleatorizados, controlados (EAC), disponibles no han incluido un análisis de subgrupo desde un punto de vista de las tasas de mortalidad intrahospitalaria y/o perioperatoria. Este análisis requeriría un número sustancialmente mayor de pacientes pero potencialmente aclararía un importante problema: los análisis de la mortalidad ajustada al riesgo y del volumen-resultados entre centros. Es un hecho bien establecido que las tasas de mortalidad y morbilidad perioperatoria de la corrección abierta del AAA varían significativamente entre hospitales con un volumen alto y bajo de pacientes, mientras que la REVA ha disminuido este efecto de centro. Sin embargo, para la REVA el criterio de valoración del tratamiento es definitivamente algo más que los buenos resultados técnicos iniciales. A medida que esta técnica madura, se hace más evidente que los resultados a largo plazo son más importantes que la simple implantación satisfactoria de una endoprótesis.

En la actualidad es necesario redefinir las variables o criterios de valoración analizados en la corrección del AAA. Las tasas de mortalidad podrían ser la piedra angular de las variables del tratamiento pero no son suficientes para demostrar la superioridad del tratamiento elegido. Puesto que disponemos de muchas formas diferentes de determinar el beneficio, las variables de corrección del AAA son, a la larga, más complejas e incluyen, además de la mortalidad, la historia natural del proceso, la calidad de vida, complicaciones, necesidad de una reintervención y costes. La implementación de un instrumento de puntuación que incluyera la naturaleza multifactorial de las variables analizadas de la corrección del AAA simplificaría la logística de una empresa de estas características y daría

### **Redefinición de los criterios de valoración en la reparación endovascular de aneurismas aórticos abdominales: las tasas de mortalidad no son suficientes**

#### ***Al editor:***

La reparación endovascular electiva de los aneurismas aórticos (REVA) se efectúa con una frecuencia creciente en todo el mundo como técnica de elección, con elevadas tasas de resultados técnicos satisfactorios. Estas tasas de mayor frecuencia de REVA frente a la corrección abierta parecen indicar una desviación que todavía no está justificada desde un punto de vista científico.

Los resultados de los ensayos EVAR 1, EVAR 2 y Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management

lugar a la mejor elección de tratamiento orientada hacia el paciente.

También parece indispensable que se establezcan guías y/o algoritmos claros del tratamiento apropiado para el paciente apropiado. Obviamente, todavía no se ha definido el patrón oro de la corrección del AAA y no se han establecido guías definitivas para determinar qué pacientes deben someterse a REVA o a una corrección abierta, suponiendo que la anatomía sea apropiada para ambas. Hasta que se disponga de guías basadas en EAC con un riesgo ajustado a largo plazo, debemos ser más prudentes con nuestras indicaciones, en particular cuando la esperanza de vida del paciente sea larga.

Los resultados a corto y medio plazo de los EAC actuales son una autorización para continuar la evaluación científica de la REVA pero no para abandonar la corrección abierta. En último término, el tratamiento eficiente de los AAA no es una tarea fácil. La corrección del aneurisma seguirá siendo una decisión del cirujano vascular al abrigo de un hospital bien organizado, lo que probablemente simplificaría la toma de decisiones y reforzaría unos estándares de alta calidad, los mejores resultados de supervivencia incluso para los candidatos a una corrección abierta y complicaciones mínimas a largo plazo relacionadas con los AAA. Se requieren grandes dosis de buena voluntad y esfuerzos sinceros tanto de los oponentes como de los entusiastas de ambas técnicas.

*Christos D. Liapis*

*Efthimios D. Avgerinos*

*Department of Vascular Surgery, Athens University Medical School, Atenas, Grecia*

*Correo electrónico: [liapis@med.uoa.gr](mailto:liapis@med.uoa.gr)*

7. Baril DT, Silverberg D, Ellozy SH, et al. Endovascular stent-graft repair of failed endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *Ann Vasc Surg* 2008;22:30-36.

## BIBLIOGRAFÍA

1. EVAR Trial Participants. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:843-848.
2. EVAR Trial Participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:2179-2186.
3. DREAM Trial Group. A randomised trial comparing conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2004;351:1607-1618.
4. DREAM Trial Group. Two-year outcomes after conventional or endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2005;352:2398-2405.
5. EVAR Trial Participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:2187-2192.
6. Drury D, Michaels JA, Jones L, et al. Systematic review of recent evidence for the safety and efficacy of elective endovascular repair in the management of infrarenal abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 2005;92:937-946.