

Introducción

J.I. Blanes-Mompó

Los aneurismas de aorta abdominal (AAA), a pesar de ser responsables 'solamente' del 1,3% de las muertes en varones de más de 65 años y la décima causa de muerte en mayores de 55 años [1], son una de las patologías más atractivas para el cirujano vascular en su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Pese a los avances de la cirugía y la anestesia a partir de la segunda mitad del siglo pasado y el mejor conocimiento de los cambios estructurales que se producen en la pared aórtica durante el desarrollo del aneurisma, la mayoría de las publicaciones y controversias relacionadas con ellos trataba sobre los resultados de grandes series quirúrgicas, generalmente retrospectivas, basadas en la técnica convencional, que existía desde los años 50 [2], y en la indicación quirúrgica basada en estudios de los años 60 [3].

Es a partir de la década de los 90 cuando se han producido varios acontecimientos relacionados con los AAA que han supuesto un cambio cualitativo en su planteamiento, como el desarrollo de la exclusión endovascular, la realización de ensayos clínicos sobre aspectos diagnósticos y terapéuticos de los aneurismas y la aparición de estudios en busca de posibilidades médicas para frenar su crecimiento y

detener su rotura. A partir de la publicación de Parodi et al [4] en 1991 y de los trabajos de Chuter et al [5], comenzó la nueva era de la exclusión endovascular de los AAA. Desde entonces hasta ahora, el procedimiento se ha popularizado y ha superado en número a las intervenciones de cirugía abierta. Pero existe un obstáculo para su plena aplicación: la morfología desfavorable del aneurisma. Lo que inicialmente estaba destinado a pacientes de alto riesgo quirúrgico se realiza actualmente en todo tipo de pacientes, con mejores resultados iniciales que la cirugía abierta y que se igualan a medio plazo [6], lo que hace que persista la controversia sobre cuál es la mejor técnica a utilizar. La respuesta, como casi siempre, la dará el tiempo. Probablemente, la mejora de los dispositivos y los ensayos clínicos que de ellos se deriven inclinen la balanza a favor de la exclusión endovascular.

En la actualidad existen tres aspectos controvertidos en la exclusión endovascular de los AAA: la presencia de cuellos cortos, la actuación sobre las arterias hipogástricas en casos de ilíacas comunes aneurismáticas y las endofugas. Los dos primeros provocan problemas de fijación de la endoprótesis que puede condicionar su fracaso. Existen diferentes opciones técnicas como la fenestración, las prótesis con ramas, la cirugía híbrida o la cirugía abierta convencional, en los casos de cuellos cortos, y la exclusión, cubriéndola o embolizándola, o la revascularización, mediante prótesis con rama o mediante cirugía, de

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, España.

Correspondencia: Dr. José Ignacio Blanes Mompó. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Dr. Peset. Avda. Gaspar Aguilar, 90. E-46017 Valencia. E-mail: lochv@telefonica.net

© 2008, ANGIOLOGÍA

las hipogástricas en los casos de ilíacas comunes ec-tásicas o aneurismáticas [7].

Por su parte, las endofugas suponen la presencia de presión dentro del saco aneurismático tras su ex-clusión, lo que puede provocar el crecimiento y la ro-tura del AAA, lo que constituye uno de los factores que amenazan a la duración de la reparación. Así co-mo parece claro el tratamiento de las endofugas de ti-po 1, 3 y 4, existe una controversia sobre lo que hacer con las endofugas de tipo 2 y la endotensión. Hay grupos que recomiendan su tratamiento agresivo, mientras que en el otro extremo se aboga por un se-guimiento expectante [8].

Casi paralelamente al desarrollo de la exclusión endovascular de los AAA, en la era de la medicina basada en la evidencia, se han realizado varios ensa-yos clínicos con nivel de evidencia 1a, es decir, que van contestando con alto poder estadístico a diversas preguntas sobre los AAA. ¿Es efectivo el cribado po-blacional en los AAA? ¿Es seguro el seguimiento ecográfico en los AAA pequeños? ¿Qué técnica es más efectiva en el tratamiento quirúrgico de los AAA, la cirugía abierta convencional o la exclusión endovascular? La respuesta ha sido que sí es efectivo el cribado poblacional, que sí es seguro el segui-miento ecográfico de los AAA hasta 5,5 cm y que la exclusión endovascular de los AAA no es inferior a la cirugía abierta convencional [9-14].

Por último, existe un aspecto al que en la actuali-dad no le damos la importancia que probablemente

se merece, pero que con toda seguridad alcanzará en el futuro una gran relevancia en la actuación sobre los AAA. Se trata del tratamiento médico dirigido a su regresión y/o a la prevención de su rotura. Los es-tudios actuales van dirigidos a analizar la efectivi-dad de diversos fármacos ya conocidos que actúen sobre el proceso inflamatorio o proteolítico, como los betabloqueantes, las estatinas, diversos antibióti-cos (tetraciclinas, macrólidos) o los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; ya se han obtenido resultados esperanzadores, pero todavía hay que contrastarlos. Además, la hipertensión, el tabaquismo y la hiperlipidemia se han relacionado con el crecimiento de los AAA, aunque no existen todavía resultados concluyentes sobre la efectividad del control estricto de estos factores en la evolución de los AAA [15].

Aunque el tema de la mesa sea aspectos peculia-res de los AAA, por todo lo anteriormente dicho y, puesto que ‘peculiar’, del latín *peculiaris*, significa ‘propio o privativo de cada persona o cosa’, quizá de-beríamos titular la mesa aspectos controvertidos de los AAA, ya que esta palabra, del latín *controversia*, quiere decir ‘discusión de opiniones contrapuestas entre dos o más personas’.

La elección de los ponentes, a los que quiero agra-decer el esfuerzo realizado, se ha llevado a cabo te-niendo en cuenta sus conocimientos y experiencia en los distintos temas a tratar, con el consenso de los distintos capítulos.

Bibliografía

1. Barba A, Baquer M, Vega M. Aneurismas: epidemiología e historia natural. In SEACV, eds. Tratado de las enfermedades vasculares. Barcelona: Viguera; 2006. p. 765-76.
2. Dubost CH, Allary M, Deconomos N. Resection of an aneu-rysm of the abdominal aorta. Reestablishment of the conti-nuity by a preserved human arterial graft, with a result after five months. Arch Surg 1052; 64: 405.
3. Szilagyi DE, Smith RF, DeRusso FJ, Elliott JP, Serrin FW. Contribution of abdominal aortic aneurysmectomy to prolon-gation of life. Ann Surg 1966; 164: 678-97.
4. Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. Ann Vasc Surg 1991;72: 959-68.
5. Chuter TA, Green RM, Ouriel K, Fiore WM, DeWeese JA. Transfemoral aortic graft placement. J Vasc Surg 1993; 18: 185-97.
6. Schermerhorn ML, O'Malley AJ, Jhaveri A, Cotterill P, Pom-poselli F, Landon BE. Endovascular vs. open repair of abdo-minal aortic aneurysms in the Medicare population. N Engl J Med 2008; 358: 464-74.

7. Vallabhaneni SR, Brennan J, Buth J, Harris P, Haulon S, Ivancev K, et al. Global Collaborators on Advanced Stent-Graft Techniques for Aneurysm Repair (GLOBALSTAR) project. *J Endovasc Ther* 2007; 14: 352-6.
8. Stavropoulos SW, Baum RA. Imaging modalities for the detection and management of endoleaks. *Semin Vasc Surg* 2004; 17: 154-60.
9. MASS Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effects of screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 1531-9.
10. UK Small Aneurysm Trial Participants. Final twelfth year follow-up of surgery vs surveillance in the UK Small Aneurysm Trial. *Br J Surg* 2007; 94: 702-8.
11. Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, Reinke DB, Littooy FN, Acher CW, et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002; 346: 1437-44.
12. EVAR Trial Participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 2179-86.
13. EVAR Trial Participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR-2): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 2187-92.
14. Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM) Trial Group. Two-year outcomes after conventional or endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2005; 352: 2398-405.
15. Golledge J, Powell JT. Medical management of abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34: 267-73.