

Evolución natural de los Aneurismas de aorta abdominal de pequeño tamaño; actitud terapéutica a seguir

Natural evolution of small abdominal aortic aneurysms; therapeutical approach

C. Berga - J. Segura - V. Sánchez - A. Barbod- V. Martín Paredero

**Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
(Jefe de Servicio: V. Martín Paredero)
Hospital Universitario Joan XIII
Tarragona (España)**

RESUMEN

Objetivo: Evaluar nuestra actitud conservadora en los pacientes afectos de Aneurisma de aorta abdominal de pequeño tamaño.

Material y Métodos: Sobre un total de 212 pacientes diagnosticados de Aneurisma de aorta abdominal, hemos intervenido a 154 pacientes; 12 presentaban aneurisma tóraco-abdominal (no considerados en este grupo); 5 fallecieron antes de la intervención urgente; 5 no fueron operados electivamente por patología asociada grave; y 36 presentaban un AAA con diámetro inferior a 4,5 cms. El período de seguimiento ha sido de 3 a 60 meses (seguimiento medio de 24 meses). Se ha practicado a todos ellos TAC abdominal semestral para control evolutivo.

Resultados: 4 pacientes se han perdido durante el seguimiento. 5 fallecieron por causas ajenas al aneurisma. Ningún paciente ha precisado cirugía urgente. 4 (12,4 %) han presentado un crecimiento superior a 0,5 cms/año, por lo que se han intervenido quirúrgicamente. Cinco (15,6 %) no han presentado crecimiento de su aneurisma; y el resto (72 %) han tenido un crecimiento inferior a 0,5 cms/año (sin que precisaran cirugía hasta la conclusión del estudio). Estos dos últimos grupos se consideran estables en cuanto al crecimiento.

Conclusión: En nuestra experiencia, aunque con un período de seguimiento corto, el control periódico de los aneurismas de pequeño tamaño nos permite, en la mayoría de los casos, mantener una actitud conservadora, así como identificar el pequeño grupo de los mismos que necesitará cirugía. Por este motivo

vo consideramos que actitudes más agresivas no están justificadas si se realiza de forma correcta el seguimiento médico.

Palabras clave: Aneurisma de aorta abdominal; historia natural; tratamiento.

SUMMARY

Objective: To evaluate our conservative approach in patients with small abdominal aortic aneurysm.

Material and Methods: Over 212 patients with abdominal aortic aneurysm, we have operated on 154 patients; 12 had a thoraco-abdominal aneurysm (not considered in this group). Of 46 patients without surgical treatment: 5 died before emergency surgery, 5 were not programmed operated on due to serious associated disease and 36 showed an AAA less than 4,5 cms (this group is the object of our study). The period of this study is 3 to 60 months (mean 24 months). The evolutive control has been made with ultrasound every 6 months in all cases.

Results: 4 patients have been lost in the follow up. 5 died for other reasons than the aneurysm. No emergency surgical treatment was required in this group of patients. 4 (12,4 %) presented a growth more than 0,5 cms/year, and was necessary to operate on these patients electively. Five (15,6 %) didn't growth in the period of study and 72 % have presented a growth less than 0,5 cms/year (without surgery at the end of the study).

Conclusions: In our experience, the carefully observation in small aneurysms can permit us, in the majority of cases, a conservative approach and select the small group of them who needs surgery. For this reason we consider that more aggressive attitudes aren't justified if the medical follow up is done carefully.

Key words: Abdominal aortic aneurysm; natural history; treatment.

Introducción

De forma clásica, la etiología de los AAA ha sido atribuida a una forma de presentación de la enfermedad aterosclerótica, aunque en los últimos tiempos ésta tiene tendencia a disminuir en los países desarrollados, mientras que la enfermedad aneurismática ha ido aumentando de forma considerable (1); por ello en la actualidad, se están barajando otras etiologías distintas de dicha enfermedad.

El aumento de la incidencia de los aneurismas de aorta abdominal también puede ser debido tanto a un mejor diagnóstico, con pruebas incruentas, como a un aumento de la longevidad de la población general (1).

Una de las decisiones más difíciles para cualquier cirujano es recomendar una cirugía mayor en pacientes asintomáticos. En el caso de los AAA es todavía más difícil, puesto que en un elevado porcentaje de casos el paciente puede a corto o largo plazo morir por la ruptura del mismo (2). Cabe decir que muchos de los aneurismas diagnosticados por palpación abdominal tienen un diámetro superior a 5 cms., siendo el tratamiento quirúrgico aceptado por la mayoría de grupos (3, 4).

No obstante, el manejo de los aneurismas de pequeño tamaño (inferior a 4 cms) es siempre motivo de debate, ya que no se han realizado hasta el momento trials que valoren la evolución natural de los mismos (5).

El objetivo de nuestro estudio es valorar la evolución de los aneurismas de pequeño tamaño en nuestro medio, y así poder evaluar la actitud terapéutica a seguir.

Material y métodos

En el período comprendido desde Junio de 1991 a Enero de 1997 hemos atendido en nuestro Servicio un total de 212 aneurismas de aorta abdominal. 12 de ellos presentaban aneurisma tóraco-abdominal (no se incluyen en el estudio).

Hemos operado 166 pacientes (72 %), mientras que 46 pacientes no fueron intervenidos por diversos motivos: 5 fallecieron antes de la cirugía urgente, 5 no pudieron ser intervenidos de forma programada por contraindicación quirúrgica y 36 de ellos tenían un

aneurisma inferior a 4,5 cms; siendo éstos el motivo de nuestro estudio.

De estos 36 pacientes, 33 eran varones, con edades comprendidas entre 68 y 82 años (edad promedio 72 años). A todos nuestros pacientes se les ha practicado TAC abdominal semestral; en la actualidad siempre que se cree que el paciente será candidato a cirugía (por crecimiento rápido del aneurisma, o por presentar un diámetro superior a 4,5 cms) se realiza TAC helicoidal, con las ventajas que supone dicha exploración (Fig. 1).

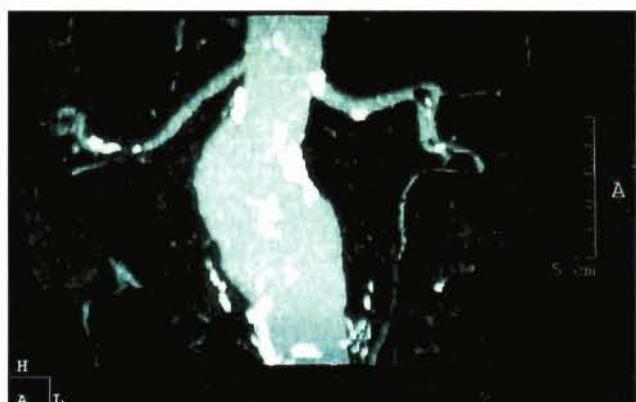


Fig. 1.: TAC Helicoidal (visualización en modo M.I.P.):
Podemos apreciar imágenes que nos pueden aportar similar información que la arteriografía, además de las características de la pared.

Los factores de riesgo fueron los habituales en este grupo de pacientes (Gráfico 1).

El período de seguimiento oscila entre los 3 y los 60 meses (con un seguimiento medio de 24 meses).

Durante el seguimiento se han perdido a cuatro pa-

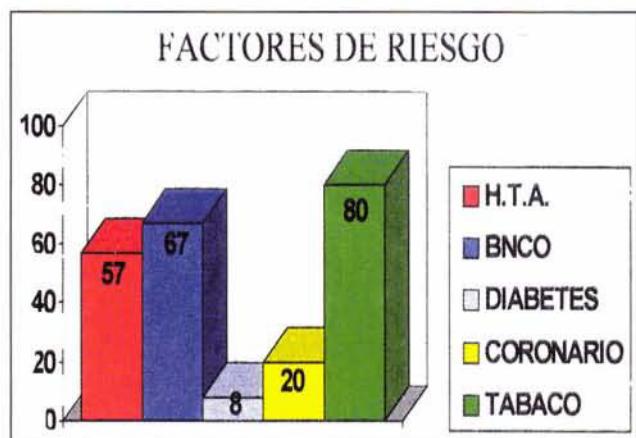


Gráfico 1

cientes. Ningún paciente ha precisado cirugía de urgencia, ni por aneurisma roto ni sintomático.

Resultados

El 16 % (5) de nuestros enfermos fallecieron por causas no relacionadas con el aneurisma (3 por cardiopatía isquémica, 1 por neoplasia de pulmón, 1 por insuficiencia renal crónica). El 16 % (5) de ellos permanecieron estables. El 55,5 % (17) presentaban un crecimiento lento del aneurisma; y el 12,5 % (4) precisaron cirugía por crecimiento rápido del aneurisma o porque durante el seguimiento presentaban ya un diámetro superior a 5 cms.

En la tabla de vida, en la cual relacionamos la indicación quirúrgica y el tiempo de seguimiento, podemos ver que durante los 18 primeros meses de seguimiento es cuando nuestros pacientes precisan cirugía, según la indicación clásica. La tasa acumulada de los enfermos que no tienen indicación quirúrgica a los 18 meses es del 86,5 %, manteniéndose en igual porcentaje hasta el final de la revisión (Gráfico 2).

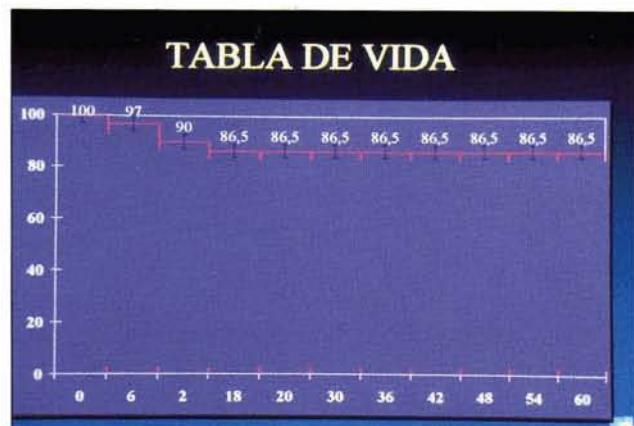


Gráfico 2.: Tasa acumulada de los pacientes que no tienen indicación quirúrgica en relación a los meses de seguimiento.

Discusión

Los aneurismas de aorta abdominal representan una de las causas de mayor morbi-mortalidad en la población general. En estudios epidemiológicos practicados en Inglaterra se ha observado que la incidencia del aneurisma de aorta abdominal sería de 10000 casos/

año (6) y en estudios estadísticos realizados se puede ver que éstos son la primera causa de muerte (7). En screenings practicados en Inglaterra (8) en varones con edad superior a 65 años; un 6 % de ellos presentaban un AAA, aunque sólo un tercio de ellos eran con un diámetro superior a 4 cms.

En general los aneurismas de aorta abdominal evolucionan hacia el crecimiento y a la ruptura. Los estudios post-mortem (9) concluyen que el riesgo de ruptura es proporcional al diámetro del aneurisma. En este estudio se puede observar que en aneurismas con diámetro inferior a 4 cms el riesgo de ruptura es del 9,5 %, mientras que entre 4 y 5 cms aumenta a 23,4 %.

En estudios necrópsicos practicados se ve que la incidencia de los aneurismas de aorta abdominal oscila entre el 1,5-6,6 % (9, 10). La prevalencia de los AAA ha ido en aumento en los últimos años, aunque puede ser debido tanto al aumento de longevidad, como a las mejores técnicas diagnósticas. Es por ello que nos encontramos con un número no despreciable de aneurismas con diámetro inferior a 5 cms que son un dilema importante para nosotros. Mientras que la mayoría de autores abogan la necesidad de controles periódicos en pacientes con aneurisma inferior a 5 cms, otros (11, 12) prefieren practicar cirugía en estos aneurismas, basándose en una menor mortalidad, ya que la demora de la misma puede comportar un aumento de diámetro aórtico y con ello una mayor morbi-mortalidad.

En otras series publicada (13) sobre un total de 187 AAA, 110 presentan un diámetro inferior a 5 cms. A todos los pacientes no candidatos a cirugía se les practicó TAC abdominal semestral, con un seguimiento medio de 16 meses. A todos los aneurismas con diámetro superior a 5 cms se les recomendó cirugía, siempre que los factores de riesgo no la contraindicasen. Durante el seguimiento, 11 pacientes precisaron cirugía urgente por ruptura del aneurisma y sólo uno de ellos presentaba un aneurisma inferior a 5 cms (inferior a 1 %). En nuestro estudio tenemos un 0 % de ruptura en aneurismas inferiores a cuatro centímetros con un seguimiento medio de 24 meses.

Debemos tener en cuenta que la supervivencia después de la intervención de los AAA de pequeño tamaño es similar a los de diámetro superior a 5 cms. En estudios realizados en Minnesota (13), en la población general se ha visto que la supervivencia de los pacientes intervenidos de AAA es a los 5 años del 81 % mientras que la de la población general es del 64 %; y que la

causa de muerte es, en la mayoría de los casos, por cardiopatía isquémica. Con ello podemos decir que la cirugía no es mejor al tratamiento conservador en los AAA inferiores a 4,5 cms.

Según diversos autores (5), sólo está justificada la intervención cuando la mortalidad operatoria es inferior a la mortalidad producida por la historia natural de la enfermedad. La mortalidad quirúrgica aceptada de los aneurismas electivos es de un 2-5 % en Centros especializados (14). En nuestro Centro la mortalidad quirúrgica es del 2,3 %. Si se realizan controles periódicos de los aneurismas de pequeño tamaño, la mortalidad por ruptura del aneurisma es inferior al 1 % (15). En nuestro estudio no ha sido necesario intervenir de urgencia a ninguno de estos aneurismas.

En *conclusión*: Cuando existe un seguimiento periódico mediante TAC creemos que la conducta puede ser espectante, puesto que en nuestra serie existe un número no despreciable de aneurismas que no presentan crecimiento a lo largo del seguimiento, así como tampoco hemos tenido ningún aneurisma roto en el ámbito de este estudio. Creemos que la reparación de los aneurismas de pequeño tamaño sólo estaría justificada cuando existan trials con un claro beneficio de la misma frente al tratamiento conservador.

BIBLIOGRAFIA

1. CACOUB, P.; TAZI, Z.; GATEL, A.; KOSKAS, F.; KIEFFER, E.; GODEAU, P.: Traitement médical des aneurysmes de l'aorte abdominale. *Presse Med.*, 1996; 25 (14): 683-685.
2. BOWERDS, D.; CAVE, W. S.: Aneurysms of the abdominal aorta: a 20-year study. *JR Soc. Med.*, 1985; 78: 812-820.
3. THOMPSON, J. E.; GARRETT, W.V.; PATMAN, R. D.; TALKINGTON, C. M.; WILLIAMS, S. J.: Elective surgery for abdominal aortic aneurysms. In: *Bergan and Yao* *JST* (eds) *Aneurysms, Diagnosis and treatment*. New York: *Grune and Stratton*, 1982; 287-301.
4. NEVITT, M. P.; BALLARD, D. J.; HALLETT, J. W.: Prognosis of abdominal aortic aneurysms. A population based study. *N. Engl. J. Med.*, 1989; 321:1009-1114.
5. GEROUAKOS, G.; NICOLAIDES, A.: Infrarenal abdominal aortic aneurysms less than five centimetres in diameter: The surgeon's dilemma. *Eur. J. Vasc. Surg.*, 1992; 6:616-622.
6. OPCS (Office of population censuses and surveys). Mortality statistics. London: *HMSO*, 1989.
7. OPCS (Office of population censuses and surveys). Mortality statistics: cause. London: *HMSO*, 1984.
8. COLLIN, J.; ARAUJO, L.; WALTON, J. A.: A community detection program for abdominal aortic aneurysms. *Angiology*, 1990; 41:53-58.
9. DARLING, C. R.; MESSINA, R. N.; BREWSTER, D. C.: Autopsy study of unoperated abdominal aortic aneurysms. The case for early resection. *Circ.*, 1977; 56: 161-164.
10. CARLSSON, J.; STERNBY, N.: Aortic Aneurysms. *Acta Chir. Scand.*, 1964; 127:466-473.
11. KUTZ, D. A.; LITTENBERG, B.; CRONENWITT, J. L.: Management of small abdominal aortic aneurysms: early surgery vs. Watchful waiting. *JAMA*, 1992; 268:2678-2686.
12. DARLING, R. C.; MESSINA, C. R.; BREWSTER, D. C.; OTTINGER, L. W.: Autopsy study of unoperated abdominal aortic aneurysms: the case for early resection. *Circulation*, 1977; 56 (suppl):161-164.
13. HALLETT, J. W.; BALLARDI, D. J.; CHERRY, J. K.: Trends in the surgical management of small abdominal aortic aneurysms: a community experience. Paper presented in the Society for Vascular Surgery, annual meeting 1989. New York, June 18-21.
14. GLIMAKER, H.; HOLMBERG, L., et all.: Natural History of patients with abdominal aortic aneurysm. *Eur. J. Vasc. Surg.*, 1991; 5:125-130.
15. CAMPBELL, W. B.; COLLIN, J.; MORRIS, P. J.: The mortality of abdominal aortic aneurysm. *Ann. R. Coll. Surg. Eng.*, 1986; 68:275-278.