

EDITORIAL

Aneurismas de Aorta Abdominal. Perspectivas de futuro

Lugar, Hospital General de Asturias; año, 1971; motivo, cursos de Avances en Cirugía Vascular, promovidos por el Dr. J. M. Capdevila. Una de las intervenciones más esperadas por los cursillistas, venidos de toda España, es la resección de un aneurisma de aorta abdominal (AAA). En aquel tiempo, no se operaban en dicho Servicio, único existente en la Comunidad asturiana en ese momento, más de 3-4 AAA anuales y la población asturiana superaba ligeramente el millón de habitantes, siendo mayores de 65 años, algo menos de 100.000 personas. Treinta años más tarde, con una población similar, el número de habitantes superiores a 65 años supera las 210.000 personas y el número de AAA operados anualmente en Asturias se acerca al centenar. Son datos muy demostrativos de la evolución de esta patología, cuyo significativo aumento, refrendado en todo el mundo, está ligado fundamentalmente al envejecimiento de la población (1).

La generalización de la Ecografía, a mediados de los ochenta, como método diagnóstico altamente fiable, cómodo, repetible y barato, ha posibilitado un espectacular aumento de su detección precoz en fases subclínicas (métodos de cribado) y ha abierto el camino para conocer la historia natural de la enfermedad aneurismática, las variables de su posible crecimiento evolutivo y los diversos grupos de riesgo en los que es más prevalente (2). Sin embargo, y a pesar de la gran experiencia acumulada en Europa y América, todavía hoy disponemos de una información poco concluyente para poder responder, con mediana certeza, a las preguntas que nos hacemos diariamente cuando nos encontramos con un AAA de pequeño tamaño (< de 4,5 cms), hallado casualmente en una exploración ecográfica, practicada por una causa ajena al aneurisma (3). Los datos clínicos o de imagen son todavía hoy, desde un punto de vista pronóstico, poco fiables y especulativos. Con el tamaño del aneurisma, el estado general del paciente (edad «fisiológica»-factores de riesgo-esperanza de vida) y los propios resultados del equipo quirúrgico, elaboramos un protocolo de seguimiento en el que basa-

mos nuestra decisión (4). Los enfoques terapéuticos frente a la enfermedad son muy variados: así, frente a opciones relativamente «agresivas», como son las de operar aquellos AAA entre 4-4,5 cms en los que se detecta un crecimiento de más de 3-4 mm entre dos controles ecográficos sucesivos, e incluso sin variaciones apreciables si las condiciones del paciente son aceptables, están las relativamente «conservadoras» de los que no optan por la cirugía salvo cuando el tamaño del aneurisma es superior a 6 cms o se detecta un crecimiento interanual de 1 cm o más, como sucede en algunos grupos ingleses de gran experiencia en el seguimiento de AAA asintomáticos (5, 6).

En mi opinión, y según el actual conocimiento de la historia natural de la enfermedad (lo que conocemos y sobre todo, lo que desconocemos), cuando se detecta un crecimiento significativo, entre 3-4 mm anuales en un AAA de tamaño menor de 4,5 cms, si el paciente reúne unas condiciones generales aceptables y una esperanza de vida razonable, el *NO OFRECERLE UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO* entraña dos graves riesgos: que el crecimiento progresivo e *IMPREVISIBLE* del aneurisma condicione su rotura antes del siguiente control ecográfico o que, si dicho crecimiento es lento, alcance los límites de indicación quirúrgica preestablecidos por el tamaño (p.ej., > de 5 cms) cuando, por el paso del tiempo, las condiciones generales del paciente sean más desfavorables y aumente su riesgo quirúrgico. Los ensayos aleatorios que se están realizando en la actualidad (UK Small Aneurysms (ya finalizado) y ADAM) aportarán, sin duda, información del máximo interés para ayudar a resolver estos dilemas (7, 8).

Poco podemos hacer, hoy por hoy, para modificar la historia natural del aneurisma aórtico (supresión del tabaco, control de su tensión arterial...), al tener un conocimiento muy impreciso de su etiopatogenia, centrada actualmente en la investigación de alteraciones enzimáticas parietales o en el papel de determinados gérmenes en la génesis del aneurisma (1, 9).

La cirugía endovascular ha abierto una vía terapéutica

muy esperanzadora, aunque todavía hoy, diez años después del comienzo de esta línea de investigación en el tratamiento de los aneurismas aórticos, debe ser considerada como en fase experimental y por tanto sus indicaciones muy restringidas y realizada solamente por grupos con gran experiencia endovascular, enrolados en estudios muy rigurosos y controlados. Hay que tener en cuenta que son técnicas delicadas, de gran precisión en el manejo del utillaje endovascular, que requieren numerosos y costosos controles, no están exentas de riesgos y su evolución a largo plazo es desconocida y sujeta a numerosos interrogantes, como son el comportamiento de las fugas endovasculares respecto al saco aneurismático, la resistencia del material protésico o la adaptación de los anclajes ante el previsible crecimiento de las paredes aórticas paraprotésicas (10-13).

Sí considero, en cambio, que la línea de trabajo más recomendable para elaborar una estrategia eficaz en el diagnóstico precoz de la enfermedad y su posible control para evitar su rotura es la puesta en marcha de programas de cribado poblacional, con la imprescindible colaboración de los médicos de Atención Primaria, ya de forma indiscriminada, con el inconveniente de la dudosa validación coste-eficacia, ya en grupos de riesgo, cuya mayor crítica es que se dejarán de diagnosticar cerca de un 50% de aneurismas en la población no examinada (14). Otra colaboración fundamental para conseguir los objetivos comentados es la de los Ecografistas, que deberán incluir en su estudio abdominal un rastreo de la aorta de forma sistemática («oportunistas»), sobre todo en varones por encima de 50 años o portadores de alguno de los conocidos factores de riesgo, que aumentan la prevalencia de la enfermedad (15,16).

De cualquier forma, me parece evidente que la responsabilidad de los grupos de A.y C.Vascular en este sentido debe ser asumida de forma clara e inequívoca y deben ser estos equipos los que, de acuerdo con las demás partes interesadas, diseñen las estrategias oportunas y articulen y controlen los distintos niveles de diagnóstico que se consideren posibles y realizables, en función de las condiciones de sus distintos ámbitos de trabajo (protocolos o guías clínicas de actuación). Sería igualmente deseable que, desde instituciones como la SEACV, se auspiciaran e incentivaran actuaciones en éste sentido, instando a la Administración a favorecer programas de detección precoz de la enfermedad aneurismática de la aorta abdominal.

Oviedo, invierno de 2000
J. M. Estevan

BIBLIOGRAFIA

1. ORTIZ, E.; BOFILL, R.; ESTEVAN, J. M.; GÓMEZ, F.; LLAGOSTERA, S.; PORTO, J.: Consenso sobre Aneurismas de la aorta infrarrenal de la SEACV. *Angiología*, 1998; 50:173-202.
2. BERGQUIST, D.: Management of small AAA. *Br. J. Surg.*, 1999; 86:433-434.
3. CRONENWETT, J.; JOHNSTON, K.: The United Kingdom small aneurysms trial: implications for surgical treatment of AAA. *J. Vasc. Surg.*, 1999; 29:191-194.
4. BROWN, L.; POWELL, L.: Risk factors for aneurysms rupture in patients kept under ultrasound surveillance. *Ann. Surg.*, 1999; 230:289-297.
5. SCOTT, R.; ASHTON, H.; LAMPARELLI, J.: Fifteen years of experience using 6 cm as a criterion for AAA surgery. *Br. J. Surg.*, 1999; 86:709-710.
6. EVANS, S.; ADAM, D.; MURIE, J.; JENKINS, A.; RUCKLEY, C.; WRADBURY, A.: Training in AAA repair. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1999; 18:430-433.
7. The UK small aneurysms trial participants: Mortality results for randomized controlled trial of early elective surgery or ultrasound surveillance for small AAA. *Lancet*, 1998; 352:1649-1655.
8. LEDERLE F.; SIMEL, D.: Does this patient have AAA? *JAMA*, 1999; 281:77-82.
9. LLANEZA, J.; CARREÑO, J.; CAMBLOR, L.: Patogenia de los aneurismas. En J. M. Estevan Ed. Tratado de Aneurismas. Uriach Publ., Barcelona, 1997; 71-81.
10. SEELING, M.; OLDENBURG, W.; HAKAIM, A. et al.: Endovascular repair of AAA: when do we stand? *Mayo Clin. Procc.*, 1999; 74:999-1010.
11. ABOU-ZAMZAN, A.; PORTER, J.: Does endovascular grafting represent a giant step forward? *Sem. Vasc. Surg.*, 1999; 12:235-241.
12. MAY, J.; WHITE, J.; WAUGH, R. et al.: Adverse events after endoluminal repair of AAA: A comparison during two successive periods. *J. Vasc. Surg.*, 1999; 29:32-39.
13. MALINA, M.; BRUNKWALL, J.; IVANCEV, K.; JÖNSSON, J.; MALINA, J.; LINDBLAD, B.: Endovascular healing is inadequate for fixation of Dacron stent graft. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 2000; 19:5-11.
14. LINDHOLT, J.; HENNENBERG, E.; FASTING, H.; JUND, S.: Mass or high risk screening for AAA. *Br. J. Surg.*, 1997; 84:40-42.
15. ESTEVAN, J.; VALLE, A.; GARCÍA PANDAVENES, M.; TAGARRO, S.: Detección precoz de los Aneurismas aórticos. Experiencia en Asturias, 1980-1998. *Med. Clin. (Barc.)*, 1999; 113:677.