

CARTAS AL EDITOR

Sr. Editor

Revista de la Sociedad de Cirujanos de Chile

Presente:

En su reciente artículo "*Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta*" de Mertens y col.¹, los autores nos aportan una amplia y completa revisión de las opciones emergentes en la cirugía del aneurisma aórtico así como de los resultados de las mismas en su centro. Sin embargo, considero necesario discrepar en una afirmación del artículo:

En dicha publicación se afirma que la indicación quirúrgica, tanto endovascular como quirúrgica tradicional, se inicia con un diámetro de 4,5 cm para los aneurismas aórticos abdominales.

Al respecto cabe mencionar que múltiples publicaciones han analizado el tema a lo largo de los años, utilizándose en general cifras entre 5,0 y 5,5 cm de diámetro como el punto de quiebre entre la conducta expectante y la quirúrgica;² siendo 5,5 cm el valor sugerido por el comité ad hoc de la Asociación Americana de Cirugía Vascul y de la Sociedad de Cirugía Vascul en el año 2003.³

La indicación quirúrgica con diámetros menores se apoya en publicaciones algo más antiguas las que sugieren la utilidad de la cirugía profiláctica precoz con diámetros inferiores a 5,0 cm, como el de Katz,⁴ quien realiza un meta-análisis de publicaciones desde 1966 a 1991. Esta parte del supuesto de que los aneurismas menores a 5,0 cm tienen una tasa de ruptura de 3,3% por año, por lo que se afirma que la conducta quirúrgica es preferible. Sin embargo el mismo trabajo consigna que si la tasa de ruptura es menor, la conducta adecuada corresponde a la observación y seguimiento.

Esto es precisamente lo demostrado tanto en los protocolos UKSAT (Inglaterra) y ADAM (EEUU),^{5,6} ambos estudios prospectivos publicados el año 2002 con un total de sobre 1.100 pacientes cada uno. Estos, con un diseño muy similar, compararon los resultados de sobrevida y complicaciones entre la conducta quirúrgica inmediata y la observación y seguimiento mediante imágenes por períodos de 6 a 8 años.

En ambos trabajos se demuestra que la tasa efectiva de ruptura oscila entre 0,6% y 1%, con

sobrevida equivalente tanto en el grupo quirúrgico como el correspondiente a la observación. Una serie simultánea de Canadá incluso presenta tasas de ruptura inferiores con 895 aneurismas inferiores a 5,0 cm seguidos entre 1976 y 2001.⁷

Se debe recordar además que la mortalidad perioperatoria electiva no es despreciable: UKSAT 5,6%; ADAM 2,7%, cifras ambas en el rango aceptable y que corresponde a las mortalidades de series no seleccionadas,⁸ mientras que series de grupos seleccionados demuestran cifras que oscilan alrededor del 1% (1,2%: Cleveland Clinic n= 1.135,⁹ 0,72%: Universidad Católica de Chile, n= 277¹⁰). Si ya está demostrado que la tasa de ruptura espontánea es menor al 1% uno puede cuestionar la realización de cirugías profilácticas cuyo resultado es peor que la conducta quirúrgica, y que la espera no deteriora la sobrevida de los pacientes.

Incluso aceptando como probable la percibida menor morbimortalidad de la reparación endovascular, hecho no demostrado a la fecha,³ igual se mantiene como cifra de indicación quirúrgica el límite de 5,5 cm de diámetro para la población general. Esto es reafirmado por la cifra de mortalidad de 1,8% para la presente serie, ya que prácticamente se duplica la tasa de mortalidad por ruptura espontánea.

La conclusión de estos trabajos prospectivos es que la conducta frente a pacientes portadores de aneurismas aórticos abdominales menores a 5,5 cm de diámetro es la observación mediante imágenes seriadas, correspondiendo su reparación una vez que superan este umbral. Los mismos trabajos han demostrado que esta seguridad no significa un deterioro de la expectativa de vida o la calidad de la misma.^{11,12,13,14}

Excepciones relativas a esta sugerencia son aquellos pacientes portadores de enfermedad obstructiva pulmonar, en mujeres se acepta un diámetro límite de 5,0 cm,^{3,7} y en nuestro país probablemente aquellos provenientes de medios rurales o de difícil seguimiento. Sin embargo, incluso en estas condiciones es difícil aceptar una cifra de 4,5 cm como umbral quirúrgico, cifra ya mencionada por los autores en otra publicación como correspondiente a la de indicación quirúrgica.¹⁰

Esta novel opción terapéutica deberá definir su real rol en los futuros años, y será nuestro rol como cirujanos orientar a los pacientes respecto de su mejor alternativa, manteniendo los más estrictos criterios de indicación de acuerdo a la experiencia nacional e internacional.

Dr. VÍCTOR BIANCHI S.
Unidad de Cirugía Vasculat
Hospital del Salvador y Clínica Alemana, Santiago

BIBLIOGRAFÍA

- Mertens MR, Valdés EF, Kramer SA: Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 3-11.
- Powell TJ, Greenhalgh MR: Small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2003; 348: 1895-901.
- Brewster CD, Cronewett LJ, Hallett WJ *et al*: Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2003; 37: 1106-17.
- Katz DA, Littenberg B, Cronenwett JL: Management of small abdominal aortic aneurysms. Early surgery vs watchfull waiting. *JAMA* 1992; 268: 2678-86.
- The United Kingdon small aneurysm trial participants. Long term outcomes of immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002; 346: 1445-52.
- Lederle AF, Wilson ES, Jonson RG *et al*: Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002; 346: 1437-44.
- Brown MP, Sobolev B, Zelt T: Selective management of abdominal aortic aneurysms smaller the 5.0 cm in a prospectiva sizing program with gender - specific analysis. *J Vasc Surg* 2003; 38: 762-5.
- Séller JA, Weinberg A, Arons R *et al*: Two decades of abdominal aortic aneurysm repair: have we made any progress? *J Vasc Surg* 2000; 32: 1091-100.
- Hertzer RN, Mascha JE, Karafa TM *et al*: Open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair: The Cleveland clinic experience from 1989 to 1998. *J Vasc Surg* 2002; 35: 1145-54.
- Valdés EF, Kramer SA, Mertens MR *et al*: Aneurisma aórtico abdominal: evolución de la morbimortalidad de la cirugía electiva durante 20 años. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 425-32.
- Thompson WR: Detection and management of small aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002; 346: 1484-86.
- Nishikawa AJ: Early prophylactic surgery for small, symptomless abdominal aneurysms did not reduce long term mortality. Evidence based. *Cardiovasc Med* 1999; 3: 17.
- Lederle F, Jonson G, Wilson S *et al*: Quality of life, impotence, and activity level in a randomized trial of immediate repair versus surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2003; 38: 745-52.
- Schermerhorn LM, Finlayson GS, Fillinger FM *et al*: Life expectancy after endovascular versus open abdominal aortic aneurysm repair: results of a decision analisis model on the basis of data from EUROSTAR. *J Vasc Surg* 2002; 36: 112-20.