Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 5, Octubre 2004; págs. 510-511

CARTAS AL EDITOR

¿CUÁNDO TRATAR PACIENTES CON ANEURISMAS AÓRTICOS ABDOMINALES DE DIÁMETRO INFERIOR A LOS 5,5 cm?

Respecto de los comentarios realizados por el Dr. Víctor Bianchi a nuestro trabajo *"Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta"* publicado en la Revista Chilena de Cirugía Vol. 56, Nº 1; 2004,[1] nos parece importante hacer algunas precisiones.

El objetivo de dicho trabajo ha sido revisar el estado de avance de las técnicas endovasculares en el manejo de todos los aneurismas aórticos, sus indicaciones y resultados en general. Por razones de espacio no fue posible discutir aspectos puntuales, objeto de controversia, como por ejemplo el tamaño para indicar un eventual tratamiento en lesiones de la aorta infrarenal. Sin embargo la carta del Dr Bianchi nos brinda la oportunidad de discutir dicho aspecto en forma dirigida.

Compartimos plenamente su afirmación referente a que la indicación de reparación de un AAA depende no sólo del tamaño, sino de condiciones específicas del paciente como pueden ser el sexo, la edad, la coexistencia de enfermedad bronquial obstructiva o la accesibilidad a un programa de control, por mencionar sólo algunas. Debemos recalcar también que una eventual indicación de intervención depende de la experiencia documentada del equipo tratante, con las diferentes técnicas quirúrgicas.

En la practica, en nuestro Hospital efectuamos la reparación electiva entre los 4,5 y 5,4 cm en pacientes de buen riesgo (generalmente mas jóvenes, sin patologías complejas asociadas), que han tenido un incremento objetivo del tamaño del AAA >0,5 cm en 12 meses, o que concomitantemente presentan aneurismas ilíacos > 2,5 cm, que tienen una historia familiar de ruptura de AAA, o que viven en localidades lejanas. En nuestra experiencia reportada en 1997,[2] sobre 378 AAA operados consecutivamente en forma convencional, la mediana del diámetro del AAA fue 6,34 cm. en los hombres y 5,73 cm en las mujeres. En la década 1986-1995 la mortalidad a 30 días fue 0,72% y la sobrevida actuarial fue 70% a 5 años y 49% a 10 años. Recientemente comunicamos nuestros resultados en la población de pacientes mayores de 80 años operados por AAA,[3] grupo de alto riesgo en el que la mortalidad a 30 días de la reparación electiva fue 5,1%, en aneurismas de 6,8±1,4 cm. de diámetro. Mencionamos en nuestro trabajo en discusión,[1] que la mortalidad a 30 días después de reparación endovascular de AAA al momento de publicación era 1,8% (actualmente 1,3%). No escapará a nuestro comentarista que se trata de una población seleccionada y de alto riesgo.

La indicación terapéutica es una decisión individual caso a caso, de hecho, en la experiencia reportada por el Servicio del Dr. Bianchi en esta misma revista, el 10% de la casuística se intervino por AAA entre 4,0 y 4,9 cm.[4] Los estudios citados por el Dr Bianchi (5,6) ciertamente constituyen un aporte para decidir lo mejor en favor del paciente, sin embargo deben ser mirados en su verdadero contexto.

En el caso del estudio británico, según su última publicación,[7] la mortalidad a 30 días alcanzó 5,5% en el grupo quirúrgico y 7,2% en los operados dentro del grupo de observación hasta los 5,5 cm de diámetro, mencionando que la mortalidad de la cirugía de urgencia por ruptura fue 80%. Ciertamente que frente a ese riesgo quirúrgico electivo, para la mayoría de los pacientes resulta menos riesgosa la sola observación. Aún cuando los resultados quirúrgicos de los británicos son menos que óptimos, dicho estudio destaca que la sobrevida alejada fue mejor en los pacientes con AAA pequeño operado comparado con los no operados (71 *vs* 62% a los 5 años y 54% *vs* 45% a los 8 años incluyendo para su cálculo, la elevada mortalidad operatoria), además de que los pacientes operados por AAA entre 4,0 y 5,5 cm objetivamente habían mejorado su calidad de vida a los 12 meses de la operación comparado con quienes se mantenían en observación.[8] En otras palabras, los pacientes operados precozmente vivieron más y mejor.

Es interesante observar que los británicos encontraron la duplicación del riesgo de ruptura después de los 5 años de seguimiento (de 1,6%/año a los 5 años al 3,2%/año entre los 5 y 8 años) periodo en el cual la mayoría de los pacientes ya había sido efectivamente operados por crecimiento de su AAA

(>80% de la serie en observación), en otras palabras sólo postergaron el tratamiento efectivo en la mayoría de los casos, sometiéndolos a un mayor riesgo y con peores resultados, especialmente en el caso de ruptura. Sólo el 26% de los fallecidos tuvo autopsia, por lo que cabe preguntarse si acaso no escaparían de su registro rupturas fatales no diagnosticadas.

El estudio norteamericano reportó resultados quirúrgicos considerablemente mejores, con mortalidad a 30 días de 2,7%. Sin embargo, los pacientes eran algo mas jóvenes y con menos patologías asociadas y tratándose de un estudio del sistema de veteranos, no incluyó mujeres con AAA (17,2% de los casos en el estudio británico), quienes presentan 4 veces mayor riesgo de ruptura[7] y en general resultados quirúrgicos inferiores a los observados en la población masculina. Al cabo de un seguimiento promedio de 4,9 años, el 53% de los veteranos en observación por AAA entre 4,5 y 4,9 cm y el 81% de aquellos con AAA entre 5,0 y 5,4 cm habían sido operados, demostrando nuevamente que el tratamiento definitivo sólo fue postergado, aumentando el costo global del tratamiento por paciente. Cabe señalar que se desconoce si se efectuó autopsia en los fallecidos no operados ya que los autores no lo consignan.

A nuestro parecer, tan importante como ejercitar los criterios apropiados de selección y la indicación terapéutica oportuna para optimizar la calidad y cantidad de vida en cada paciente, es tener la capacidad de ofrecer la mínima morbimortalidad operatoria, de modo de lograr nuestro objetivo. Esto se obtiene con el adecuado entrenamiento de quienes aspiran a tratar las enfermedades vasculares. Está demostrado que tanto los resultados de la cirugía convencional como la endovascular son mejores en manos de cirujanos debidamente entrenados, que tratan esta patología en forma rutinaria y en general en Centros de referencia, de alto volumen.[9] Incluso si la historia natural del AAA fuera mas ominosa que la reportada en los estudios en discusión, será siempre mejor la simple contemplación de los pacientes que la cirugía, si los médicos no garantizamos resultados óptimos y progresivamente mejores, lo que demanda además del entrenamiento supervisado en programas de postgrado calificados, el registro fidedigno y crítico de los resultados de lo que hacemos.

Finalmente, compartimos lo señalado por el editorialista en el New England Journal of Medicine: "El seguimiento debe ser visto solamente como unas de las opciones de manejo a considerar en los pacientes con AAA pequeño, debiendo reconocerse que pacientes cuidadosamente seleccionados se benefician del tratamiento quirúrgico precoz,".[10] No debemos olvidar que tratamos pacientes y no estadísticas.

Atentamente.

Dr. Renato Mertens M, Profesor Adjunto
Dr. Francisco Valdés E. Profesor Titular

Dr. Albrecht Krämer
Profesor Titular

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

BIBLIOGRAFÍA

1. Mertens M, Renato, Valdés E. Francisco, Krämer Sch. Albrecht: Tratamiento Endovascular del Aneurisma de Aorta. Rev Chil Cir 2004; 56: 3-11.
2. Valdés F, Krämer A, Mertens R, Santini A, Canessa R, Lema G *et al:* Aneurisma aórtico abdominal: evolución de la morbimortalidad de la cirugía electiva durante 20 años. Rev Méd Chil 1997; 125: 425-32.
3. Valdés F, Bergoeing M, Krämer A, Mertens R Canessa R, Lema G, *et al:* Aneurisma aórtico abdominal en pacientes mayores de 80 años: Tratamiento quirúrgico convencional en 80 casos consecutivos. Rev Med Chile 2003; 131: 981-6.
4. Ibañez F, Parra JA, Salas C, Mora R, Bianchi V, Pizarro I *et al:* Evolución en el tratamiento quirúrgico electivo de aneurisma de la aorta abdominal infrarenal. Rev Chil Cir 1999; 51: 24-40.
5. The UK Small Aneurysm Trial Participants: Mortality results for randomized controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. Lancet 1998; 352: 1649-55.
6. Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, *et al:* Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med 2002; 346: 1437-44.
7. The UK Small Aneurysm Trial Participants Long-term Outcomes of Immediate Repair Compared with Surveillance of Small Abdominal Aortic Aneurysm N Engl J Med 2002; 346: 1445-52.
8. The UK Small Aneurysm Trial Participants: Health service costs and quality of life for early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. Lancet 1998; 352: 1656-60.
9. Dardik A, Lin JW, Gordon TA, Williams M, Perler BA: Results of elective abdominal aortic aneurysm repair in the 1990s: A population-based analysis of 2335 cases. J Vasc Surg 1999; 30: 985-95.
10. Thompson RW: Detection and Management of Small Aortic Aneurysms. N Engl J Med 2003; 346: 1484-6.