

Aneurisma de aorta abdominal:

Conceptos actuales de diagnóstico, pronóstico y tratamiento



Jorge Martínez Trabal, MD, FACS

Cirujano vascular y endovascular

Introducción

Derivado del griego, el término aneurisma significa una dilatación transversal. En este artículo, nos referiremos en forma específica a los aneurismas aórticos. Son la causa número 13 de muertes en la nación americana¹ y número 10 entre hombres adultos, matando en los Estados Unidos a más de 15000 personas anualmente². El manejo de esta patología ha evolucionado significativamente desde el siglo XVIII, cuando se reparó el primer aneurisma³. A pesar de los avances, su mortalidad aún no ha disminuido.

Presentación

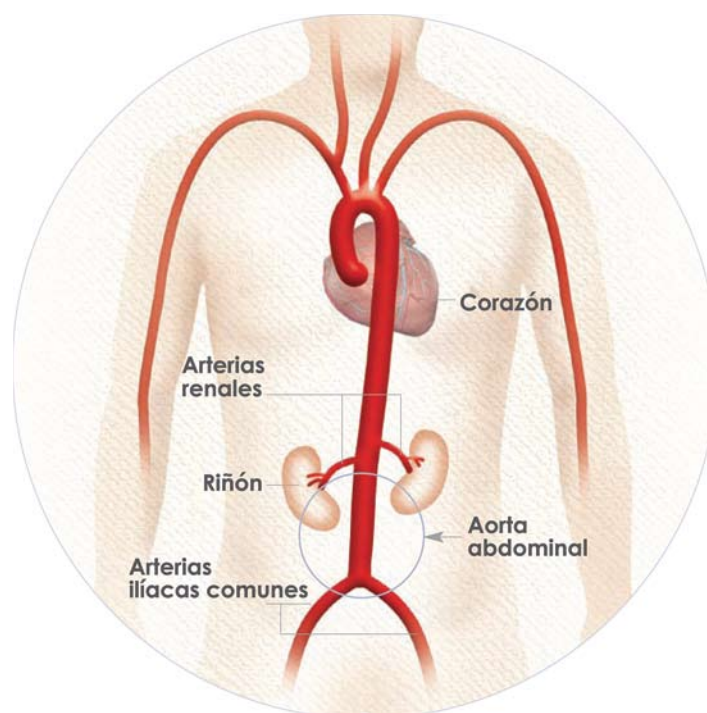
La detección más común de los aneurismas es incidental y ocurre hasta en el 75% de los casos en personas a las que, por alguna razón, se les envía algún estudio como radiografía, tomografía o ultrasonografía y el reporte refiere la presencia de un aneurisma. Ocasionalmente, se presentan debido a síntomas, que pueden ser dolor por inflamación del aneurisma, síntomas de compresión o embolias dístales conocidas como *blue toe syndrome*.

Lamentablemente, aun hoy, hasta un 20% de los casos se presentan con ruptura⁴. Las rupturas conllevan una mortalidad de hasta un 90%, donde más del 50% muere sin llegar al hospital. De los que llegan al hospital la mitad no llega a sala de operaciones y de los que llegan a sala de operaciones solo el 40% sobrevive⁵, muchos con una calidad de vida pobre debido a las complicaciones de un reparo de aneurisma en una situación de emergencia. En cambio, la mortalidad del reparo electivo de aneurismas cuando son detectados a tiempo, es entre <1-5% dependiendo del tipo de reparo que se realice⁶.

Detección temprana

La detección temprana es la mejor opción para una persona con aneurisma. El *U.S. Preventive Services Task Force* ha comprobado la utilidad de pruebas de detección temprana y ha establecido guías en el caso de aneurismas aórticos abdominales. Se recomienda que a todo paciente masculino de más de 65 años, que haya fumado (más de 100 cigarrillos), se le realice una ultrasonografía de la aorta abdominal y arterias ilíacas para detectar aneurismas.

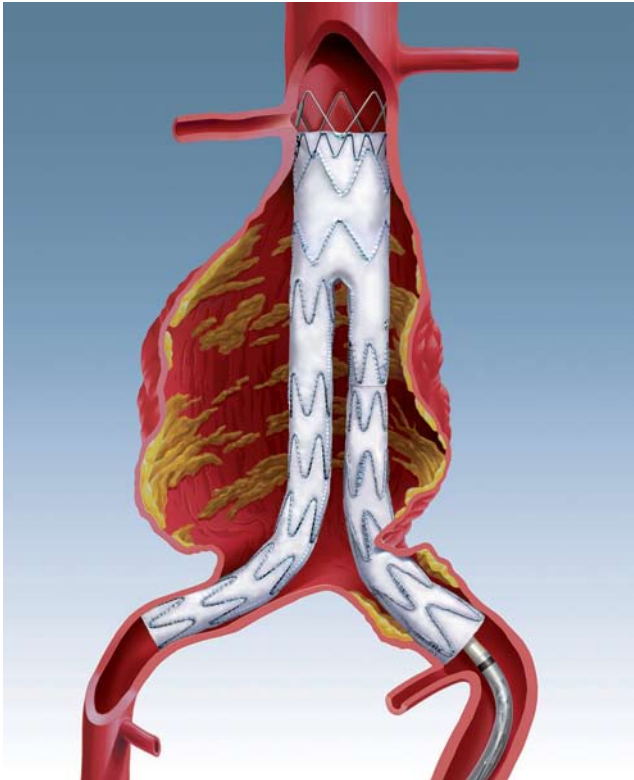
Utilizando estos criterios, se detectará un aneurisma en cada diez pacientes estudiados, lo que hace de esta prueba de detección temprana inclusive más costo-efectiva que otras como la mamografía o la colonoscopia.



Tratamiento; Indicación

El reparo de aneurismas aórticos es una decisión individualizada en cada paciente. Se toman en consideración varios factores. El primer factor es el riesgo de ruptura del aneurisma y, con esto, podemos determinar el riesgo de mortalidad del paciente si no se repara. Luego, esta información se contrasta con el riesgo operatorio del paciente, después de determinar para qué tipo de reparo es candidato -abierto o endovascular- y las comorbilidades del paciente, estableciendo la posibilidad de complicaciones cardiopulmonares y renales, entre otras.

En buenos candidatos se ha establecido que un aneurisma de 5.5 cm o más debe ser reparado⁷, pero esta medida se basa en estudios realizados reparando el aneurisma aórtico abdominal (AAA) de la manera tradicional abierta. A partir de esta medida, el riesgo de muerte por ruptura sobrepasa el riesgo de muerte perioperatoria durante un reparo abierto. Pero los tiempos han cambiado y los avances de la tecnología han hecho que hoy los pacientes con aneurismas se reparen con riesgos mínimos, inclusive en pacientes que tienen muchas comorbilidades.




Tratamiento: reparo endovascular

Al igual que hubo cambios drásticos en el manejo de problemas de vesícula biliar con la llegada de la laparoscopia, ha ocurrido un cambio drástico en el manejo de AAA. Los resultados de múltiples estudios multicéntricos, randomizados a corto y largo plazo, han sido publicados y han coincidido en que el reparo endovascular es lo mejor para el paciente con aneurisma, incluyendo los casos de localización infrarenal y torácica. La mortalidad perioperatoria ha bajado de un 5% con el reparo abierto a menos del 1% con el reparo endovascular^{8,9}. No solo goza el paciente de un riesgo menor, sino que, en su gran mayoría, su estadía hospitalaria se mide en horas y no en días. Al contrario de lo que se pensaba en un principio, el reparo endovascular de aneurismas es costo efectivo a corto y largo plazo¹⁰.

El reparo endovascular consiste en poner una prótesis que evita el flujo de sangre en el saco aneurismático. Esto se realiza obteniendo acceso retrógrado por una arteria distal al aneurisma y subiendo la prótesis doblada dentro de un sistema intra-arterial. Utilizando contraste y bajo fluoroscopia, las distintas arterias se marcan, el sistema se lleva al lugar indicado y se suelta para lograr que la sangre pase por dentro de la prótesis y excluya efectivamente el aneurisma. Dependiendo del aneurisma, el reparo puede necesitar entre una y hasta cinco piezas distintas.

Conclusión

En definitiva, los aneurismas continúan siendo un asesino silencioso. Prevenir es mejor que lamentar que lo hubiéramos podido detectar de una manera no invasiva y sencilla. Los reparos endovasculares, de acuerdo con las guías de manejo vigentes, son la mejor opción para el paciente que requiera un tratamiento. 

Referencias

1. CDC.gov
2. Epidemiol Rev 1999; 21(2): 207-21.
3. Tex Heart Inst J. 2005; 32(2): 130-134.
4. Moore et al, Vasc Endovasc Surgery 7th ed; 491-2.
5. J Vasc Surg 18:74, 1993.
6. J Vasc Surg30:922, 1999.
7. Circulation; 56(3 suppl): II-161, 1977.
8. J Vasc Surg 2004;39:288-97.
9. JAMA. 2009;302(14):1535-1542.
10. Radiology: Volume 240: Number 3-, September 2006.