

Reparación de los aneurismas aorticos abdominales

Eneko Zugazaga Badallo, Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

PALABRAS CLAVE: aneurisma, cirugía endovascular, mortalidad

KEYWORDS: *abdominal aneurism, endovascular surgery, mortality*

Especialidades: *Cardiovascular, Medicina general*

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=31141634>

ABSTRACT

La reparación de los aneurismas aórticos abdominales (AAA) por cirugía endovascular (CE) presenta menor mortalidad global los 4 años siguientes a la intervención, pero esa tendencia desaparece a partir del 4º año. Hay dos estudios europeos^{1,2} que afirman que esa mortalidad es mayor precisamente con la cirugía endovascular. En este estudio se asignaron pacientes de forma randomizada a cirugía endovascular o tradicional (CT) y se comparó la supervivencia entre ambos grupos, así como causas de mortalidad y tasa de reintervenciones.

The repair of abdominal aortic aneurysms (AAA) by endovascular surgery (EC) has lower overall mortality in the 4 years following the intervention, but this trend disappears after the 4th, and there are two European studies^{1,2} that state that this mortality is greater precisely with endovascular surgery. In this study, patients were randomly assigned to endovascular or traditional surgery (CT) and survival was compared between both groups, as well as causes of mortality and reintervention rate.

ARTÍCULO

La reparación programada del aneurisma aórtico abdominal (AAA) previene su ruptura y mortalidad asociada³, pero se trata de la cirugía con mayor mortalidad y complicaciones perioperatorias. La CE había demostrado menor mortalidad los primeros 4 años, pero esa tendencia desaparece a largo plazo y, de hecho, dos estudios europeos (británico y holandés) demuestran una mayor mortalidad a largo plazo. Se analizaron datos del ensayo OVER (Open Versus Endovascular Repair). Los pacientes debían ser candidatos a ambas cirugías y se establecieron requisitos de formación para los radiólogos intervencionistas y los cirujanos vasculares, así como subgrupos en función del tipo de dispositivo utilizado en la reparación endovascular⁴. Se inició en 2002 y el seguimiento finalizó en 2016. El objetivo principal fue el estudio de la mortalidad global y los secundarios la mortalidad global por subgrupos y la tasa de reintervención. Toda muerte ocurrida los 30 días siguientes a la intervención fue considerada consecuencia de ésta.

No se observaron diferencias significativas en la mortalidad global pese a que hasta los 3 años la tasa de complicaciones y mortalidad era menor con CE. De los 4 a los 8 años la supervivencia era mayor con CT. La mortalidad por otras causas fue similar entre ambos grupos, salvo la

secundaria a EPOC que fue un 50% más frecuente con CT. El porcentaje de pacientes que precisó reintervención quirúrgica fue mayor y estadísticamente significativo con CE. Sin embargo, la mortalidad en relación a complicaciones y reintervenciones a largo plazo fue similar. En pacientes menores de 70 la mortalidad fue menor con CE, pero no significativa y en mayores de 70 menor con la CT pero no se analizaron los datos por subgrupos y riesgos, por lo que estos datos deben ser valorados con cautela⁵.

COMENTARIO

No se observaron diferencias significativas en la mortalidad global entre ambos grupos, si bien la supervivencia parecía mayor con CE en menores de 70 y con CT en mayores. Sí se observó una diferencia en la necesidad de reintervenciones y mortalidad asociada y una mayor mortalidad por EPOC en la CT, si bien las causas no han sido valoradas.

La desaparición de la ventaja en la supervivencia a los 4 años en el grupo de la CE puede ser debida a la muerte precoz de los pacientes más frágiles con CT que ocurre a partir de los 4 años en los de la CE.

En comparación a los estudios europeos, este estudio se realizó varios años después, cuando las técnicas de reparación cambiaban a mucha velocidad y además se establecieron criterios mínimos de experiencia más estrictos. La tasa de radiación recibida por los pacientes intervenidos por CE fue menor en este estudio con menor tasa de cáncer secundario. La tasa de mortalidad perioperatoria fue también menor que en ambos estudios europeos⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. S. M. P. J. G.-H. R. Patel R, «Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm in 15 years follow up to the UK endovascular aneurysm repair trial 1 (EVAR trial 1): a randomised controlled trial.,» Lancet, pp. 388:2366-74, 2016.
2. T. Y. K. V. H. e. a. Van Schaik, «Long term survival and secondary procedures after open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysms.,» vol. 66, nº 1379-89, 2017.
3. L. FA, «The Last (Randomized) Word on Screening for Abdominal Aortic Aneurysms.,» vol. 176, nº 1767-8, 2016.
4. N. S. J. P. Kansal V, «The effect of endograft device on patient outcomes in endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms.,» vol. 25(6), nº 657-665, 2017.
5. B. M, «Endovascular or open repair for ruptured abdominal aortic aneurysm?,» vol. 14, nº 359:j5170., 2017.
6. L. FA, «Abdominal aortic aneurysm repair in England and the United States.,» nº 376:998, 2017.