

EDITORIAL CIENTÍFICA

► NUEVO PARADIGMA: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS DE AORTA. AHORA TAMBIÉN PARA LOS PACIENTES DE BAJO RIESGO QUIRÚRGICO.

AUTOR:

DR. L. MARIANO FERREIRA

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN – UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES Y
CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA- ENERI

Correspondencia: drferreira@yahoo.com

Recientemente se ha publicado en el Journal of Vascular Surgery el artículo “2011 ACCF/AHA Focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline)”(1). Dentro de sus actuales recomendaciones, aparece una sección destinada al aneurisma de aorta abdominal.

Sin duda, las cosas han evolucionado, y me refiero a la tecnología de imágenes y dispositivos. Hoy en día, tenemos modernas imágenes tomográficas y tecnología angiográfica que nos permiten ver y entender mejor la anatomía del paciente. Contamos con dispositivos de más bajo perfil, flexibles, hidrofílicos, que se acomodan a anatomías tortuosas, precisos al momento del despliegue y seguros a largo plazo.

Estas nuevas recomendaciones, haciéndose especial eco de las recientes publicaciones del EVAR 1 trial(2), DREAM trial(3) y el más reciente OVER trial(4), determinan que “para los pacientes con un AAA infrarenal con una sobrevida de 2 o más años y de BAJO riesgo quirúrgico, la intervención abierta o endovascular tiene igual indicación. No hay ventaja a largo plazo de una u otra técnica” (Recomendación Clase I, nivel de evidencia A).

Aún con las claras fallas ofrecidas presen-

tadas por el EVAR1 trial (endoprótesis de modelos anteriores, aneurismas grandes con anatomías endovasculares más complejas, diversos protocolos de seguimiento y reintervención, rupturas asociadas a fatiga de materiales), los resultados hablan de NO DIFERENCIA en mortalidad relacionada al aneurisma para pacientes de riesgo quirúrgico normal. Los beneficios obtenidos con la cirugía se diluyen con las muertes asociadas a fallas tardías (rupturas, fatiga de material o conversiones que hoy no existirían o se repararían por vía endovascular)

Siendo la endovascular una técnica de mucha menor agresividad, menor hospitalización, menor necesidad de transfusión sanguínea, la elección recae ahora en el cirujano y su paciente. La evidencia ahora ya no apoya al SUPUESTAMENTE más económico, sino al menos agresivo para la visión de ambos.

Conflicto de intereses: El autor declara que no tienen ningún interés comercial, financiero ni de propiedad en cualquiera de los productos ni en las compañías que se describen en este artículo.

REFERENCIAS

1. 2011 WRITING GROUP MEMBERS Rooke TW, Hirsch AT, Misra, Sidawy AN, Beckman JA, Findeiss LK, Golzarian JG, Gornik HL, Halperin JL y col. 2011 ACCF/AHA Focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline) A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in Collaboration With the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery. J Vasc Surg 2011;54(5):e32-58

2. Greenhalgh RM, Brown LC, Powell JT, et al. Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm. N Engl J Med. 2010;362:1863-71.

3. De Bruin JL, Baas AF, Buth J, et al. Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. N Engl J Med. 2010;362:1881-9.

4. Lederle FA, Freischlag JA, Kyriakides TC, et al. Outcomes following endovascular vs open repair of abdominal aortic aneurysm: a randomized trial. JAMA. 2009;302:1535-42.