

EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL Y LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR

La aorta es una de los territorios anatómicos que más se ha beneficiado de la evolución de la tecnología quirúrgica. Nos estamos refiriendo al paso de la cirugía abierta a la cirugía cerrada y más tarde combinada.

A finales de los 70 y utilizando la técnica de Charles Dotter, se realizaron los primeros intentos de recanalización vascular mediante angioplastia con balón, siendo el Dr. Andreas Gruntzig el primero en ponerlas en práctica. Tiempos en los cuales era difícil imaginar que una técnica quirúrgica abierta de visión directa y suturas manuales tendría que competir con otra menos espectacular pero con el tiempo igual de eficiente: *la Cirugía Endovascular*.

De todos aquellos involucrados en la patología vascular, fueron pocos los que creyeron en este nuevo método. Entre ellos encontramos a los inventores y a algunos pioneros de la época, radiólogos vasculares en su mayoría.

Fue el tratamiento endovascular del aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) en los años 90, él que marcó el final del escepticismo ante la nueva alternativa quirúrgica y abrió una época de dudas, discusiones y escasa formación olvidando nuestro único objetivo: el enfermo.

Había comenzado la gran revolución en el tratamiento de la patología vascular quirúrgica: la aplicación de la Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI) en el sistema vascular. Ésta se inició en nuestro país en 1980 con las primeras angioplastias periféricas para luego, en 2003, continuar con los nuevos diseños de prótesis de aorta bifurcada con fenestraciones para salvar principalmente las arterias renales en aquellos casos que el aneurisma carece de cuello proximal.

Otros métodos de CMI como la laparoscopia se han ido incorporando a este mundo de la patología vascular; sin embargo, y aunque es necesario su desarrollo como método alternativo u asociado, su utilización hasta la fecha se ve limitada por el esfuerzo técnico, el tiempo y la competencia con el endovascular.

Más recientemente, el uso combinado de cirugía abierta/cerrada conocida como cirugía híbrida aporta alternativas con menos morbilidad. Esta técnica comenzó con la transposición de los troncos supraaórticos para las reparaciones de lesiones de aorta torácica con insuficiente cuello, principalmente del cayado. En la actualidad también es utilizada en reparaciones endovasculares de lesiones aórticas toraco-abdominales mediante una extensión de dacron desde el endograft, en el que se suturan en bloque o parcialmente las arterias viscerales.

Durante el pasado siglo y antes del advenimiento de los métodos diagnósticos no invasivos utilizados para screening de enfermedades, llamaba la atención el fallecimiento espontáneo y sin causa conocida de enfermos portadores de un AAA.

Los estudios anatomopatológicos advirtieron de la prevalencia de una patología con gran incidencia en la mortalidad. La aparición de la ecografía y posteriormente la TC y la RM hicieron posible que, al someterse los enfermos a pruebas diagnósticas por otras indicaciones, se diagnosticase un AAA sobre el que se debían tomar decisiones.

La angiografía fue el método de elección, tampoco existía otro, para diagnóstico y valoración de diversas patologías vasculares en diferentes territorios. Al avanzar la guía se percibía un bucle en medio de la aorta o una dificultad de paso hacia el arco y se pensaba: “tiene un AAA”.

Se creó la regla de los 5 cm. y del crecimiento de 1/2 cm. cada seis meses como método estadístico de riesgo y según esto la actitud a tomar: esperar u operar. La estadística nos ayuda a medir el riesgo pero no debemos olvidar que si el enfermo sufre una complicación dentro del dato estadístico (por ej. un riesgo de rotura del 3%), es decir, si él sufre la rotura, su riesgo ha sido del 100%; esto es algo que no debemos olvidar en la toma de decisiones y mucho menos olvidar comentarlo con el enfermo.

La aparición de un AAA obliga a establecer, de no existir previamente, una relación de médico de cabecera con el portador de un aneurisma, ya que a partir de ese momento el portador sabe que tiene: “una bomba de control desconocido” y debe confiar en su médico.

Una de las peores noticias de un AAA es no dar síntomas durante el crecimiento y un sólo aviso: la ruptura.

Durante la segunda mitad del siglo veinte, la cirugía abierta supuso la corrección del problema representando *la gran cirugía*, el gran reto del especialista quirúrgico vascular, a veces con una limitación: la edad, más de 70 años “pensémoslo”.

Un médico que vivía de cerca esta relación paciente-técnica quirúrgica y postoperatorio pensó que se debía hacer algo para minimizar los riesgos y poder ampliar las indicaciones. Fue el Dr. Parodi, en Argentina, hacia finales de los 80 quien, apoyándose en el desarrollo tecnológico, desarrolló una técnica para poder aplicar la CMI al AAA.

La industria nos ha ayudado con el desarrollo de materiales y calibres cada vez más pequeños pero hay algo que se debería evitar: la utilización del comercial como nuestro “profesor” y la creación de diseños tecnológicos totalmente diferentes y complicados en su implementación (ej. sistemas de liberación, marcas....) para tratar la misma patología. Mejoremos las prótesis de dacron, los stents, los mecanismos de introducción, etc. pero fijemos unas normas quirúrgicas estándares. Hasta que esto sea posible se debería limitar el uso de diferentes dispositivos para conseguir asegurar nuestra experiencia y por tanto, los resultados.

No debemos olvidar que en la CMI el médico sólo pone el aprendizaje e interés ya que todo lo demás esta en manos del desarrollo tecnológico. En la medicina tecnológica actual el médico como individuo aislado no existe.

Si no sabemos CMI o no tenemos socios que sepan aplicarla cuando hacemos la valoración clínico-quirúrgica, difícilmente podremos hacerlo correctamente y decirle la verdad al paciente. Usamos criterios antiguos o planteamos dudas sobre el producto nuevo para indicar cirugías, que en otro centro, con un equipo experimentado, tendrían una indicación claramente endovascular.

Tenemos una enfermedad que es conocida y diagnosticada cada vez con mas antelación, tenemos una alternativa quirúrgica mínimamente invasiva y una consulta para seguir al paciente hasta la decisión terapéutica y posteriormente para controlar la evolución, sin embargo no tenemos un sistema de técnica equilibrado y uniforme, y carecemos en muchos casos de suficiente experiencia, por lo que indicamos incorrectamente.

Ha entrado en nuestro mundo una nueva técnica quirúrgica: no olvidemos nuestra responsabilidad como médicos y apliquémosla correctamente.

¿Por qué una especialización dura cuatro, cinco o más años y un oficio totalmente diferente desde el punto de vista técnico y que influye en las indicaciones, sólo precisa de algunos casos con escaso o inexistente tiempo de formación?

El enfermo merece saber que experiencia tenemos en las nuevas tecnologías por lo que sería necesario que tuviera acceso a la información correcta usando el método de comunicación del siglo XXI: la red informática.

El enfermo debe ser nuestro único objetivo y por ello debemos compartir con él un problema que súbitamente ha irrumpido en su vida y sobre el cual debe tomarse una decisión, aunque ésta se retrase al estar estadísticamente “fuera de riesgo”.

Pregunta obligada al enfermo: ¿le influye en su vida diaria el saber que tiene un AAA?

Sí. La respuesta es “Sí” y si estamos por encima de los 5cm. operemos, y si técnicamente es posible, con CMI. Eso si, debemos siempre explicarle antes de la cirugía que el seguimiento es necesario ya que hemos tratado una enfermedad sistémica evolutiva e incurable. Excluimos un AAA pero la enfermedad permanece.

No se puede terminar este ensayo sin agradecer a Juan Carlos Parodi por brindar a la Cirugía la herramienta para ayudar en una patología de tan alto riesgo como el AAA y personalmente cuando aceptó la invitación para tratar el primer enfermo en España en 1994, lo que sirvió para el inicio de la téc-

nica en nuestro país. La enferma sigue con vida, la prótesis permeable y el aneurisma excluido. Recordemos que aquellas primeras indicaciones eran para aneurismas con doble cuello.

Podemos concluir diciendo que el AAA es una enfermedad de riesgo con diferentes alternativas terapéuticas mínimamente invasivas y que obliga a

un uso basado en la formación y en el seguimiento, explicándole al enfermo la realidad de estas cirugías, nuestra experiencia y resultados.

Universidad, Sociedades Médicas con programas de formación de post grado y la industria, deben implicarse.