

Resultados parciales de condiciones clínicas en pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA), intervenidos en un hospital de tercer nivel, Bogotá

Ingrid Carolina Guayán Ardila¹
Andrea S. Aguirre T.
Diana C. Martínez V.
Sindi J. Niampira Q.
Gabriel J. Vargas. M.

Resumen

Identificar condiciones clínicas de los pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA), intervenidas en un hospital de tercer nivel. Estudio retrospectivo longitudinal, muestreo no probabilístico de tipo censal. La localización más común de AAA fue en el segmento infrarrenal. La hipertensión arterial, EPOC y afecciones cardiacas representaron el 88 % de las patologías asociadas y los ateromas, ACV isquémico, nefropatías, coagulopatía y diabetes el 12 % de las patologías restantes, 29 pacientes (67 %) presentaron masa abdominal al examen; mortalidad global 35 %. Los factores de riesgo están relacionados a la patología de AAA, los pacientes mayores de 70 años fueron el grupo con mayor riesgo en este estudio 67 %, se evidenció mortalidad en 15 pacientes. Existe una estrecha asociación clínica entre la enfermedad coronaria y AAA, se confirmó la correlación entre factores de riesgo y AAA la enfermedad aterosclerótica, edad avanzada, consumo de tabaco, sexo masculino e hipertensión arterial.

Palabras clave

Aneurisma aorta abdominal, endoprótesis, rotura de aneurisma aórtico abdominal, procedimientos quirúrgicos vasculares, procedimientos quirúrgicos aneurisma.

¹ Investigadora principal.

Introducción

Los aneurismas de aorta abdominal (AAA) son una dilatación o agrandamiento de la parte baja de la aorta que se extiende a través del área abdominal (1). La aorta en su estructura tiene una capa elástica en las paredes arteriales, de manera que cuando la sangre circula al interior de ella, puede producir debilitamiento en las fibras musculares por la alta presión que maneja y así ocasionar un aneurisma (2). Dentro de los factores que predisponen la formación de un aneurisma se encuentra la arterioesclerosis, la disección aortica, o enfermedades asociadas como el síndrome de Marfan, la hipertensión arterial y el tabaquismo.

Desarrollo teórico

Los aneurismas se diagnostican generalmente después de producir síntomas asociados a la rotura, que ocasiona la muerte del paciente. Por tal motivo, es importante identificar los factores de riesgo para realizar un diagnóstico temprano del aneurisma y así evitar la muerte del paciente (3-4). Cuando el aneurisma es pequeño, se decide esperar y vigilar al paciente por si presenta cambios anatómicos que evidencien el agrandamiento del mismo, de manera que si el médico cree que existe riesgo

de rotura del aneurisma aórtico, recomendará uno de los dos métodos de reparación del aneurisma mediante cirugía abierta o endoprótesis endovascular (5).

El aumento del diámetro de una arteria a más del doble de lo normal se considera aneurismático. Aún no puede definir el mecanismo preciso de la formación de un aneurisma, y es tal vez multifactorial en la mayoría de los pacientes. La patogenia consiste en factores que incrementan las fuerzas de expansión de la pared aortica o disminuyen la capacidad de esta para soportar dichas fuerzas. La creencia comprobada con el tiempo de que los AAA se debían a la aterosclerosis se ha puesto en duda durante los últimos años (6).

Metodología

Estudio retrospectivo longitudinal, muestreo no probabilístico de tipo censal. Se analizó la base de datos de la institución en el periodo 2004-2013 y se identificaron 43 pacientes con AAA intervenidos en la institución con primer y segundo diagnóstico según CIE10 clasificación internacional de enfermedades: I714 aneurisma de aorta abdominal, I710 aneurisma de aorta descendente, I713 aneurisma abdominal.

Resultados

Los pacientes intervenidos fueron 26 hombres (63 %) y 17 mujeres (37%) (Figura 1). La edad media fue de 67 años (Figura 2). La hipertensión arterial, EPOC y afecciones cardiacas representaron el 88 % de las patologías asociadas y los ateromas, accidentes cerebro vasculares isquémicos (ACV), nefropatías, coagulopatía y diabetes el 12 % de las patologías restantes (Figura 3). Es importante resaltar que 22 pacientes

tuvieron 2 patologías asociadas (Figura 4). Dentro de los factores de riesgo relevantes en la investigación, se encontró cocinar con humo de leña y tabaquismo (Figura 5), 29 pacientes (67 %) presentaron masa abdominal al examen clínico previo a la cirugía y en 14 pacientes (33 %) no se identificó masa abdominal. En la investigación no se evidenciaron antecedentes quirúrgicos (Figura 6). La mortalidad global es del 35 % presentada en 15 pacientes (Figura 7).

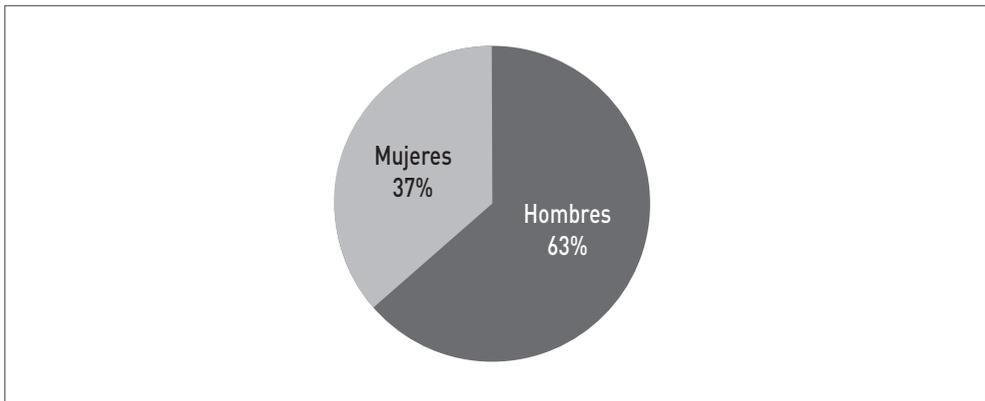


Figura 1. Género de los pacientes intervenidos.

Fuente: elaboración propia.

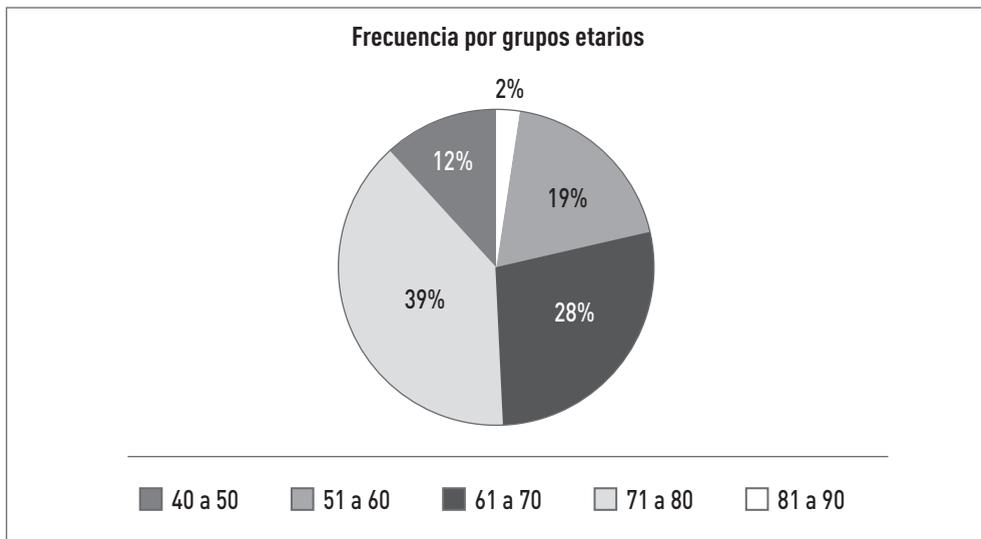


Figura 2. Edad de los pacientes intervenidos.

Fuente: elaboración propia.

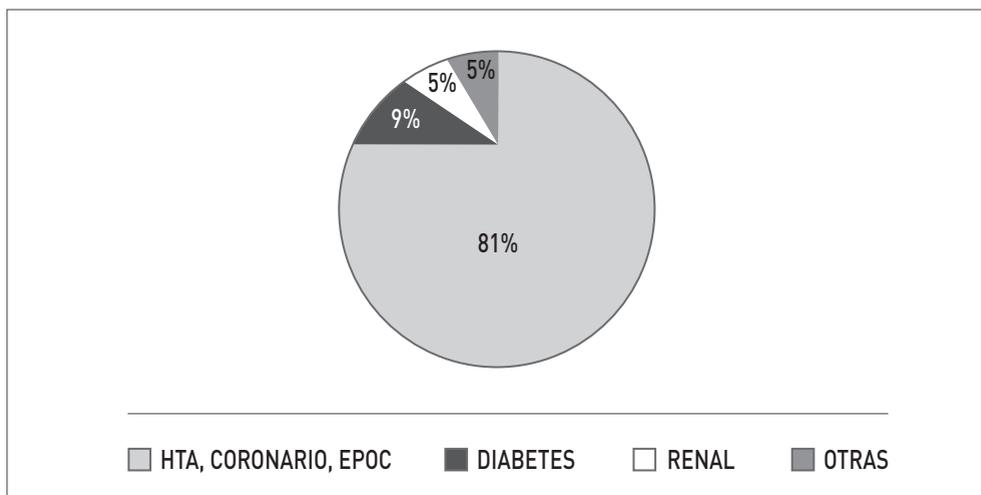


Figura 3. Frecuencia de patologías asociadas en los pacientes intervenidos.

Fuente: elaboración propia.

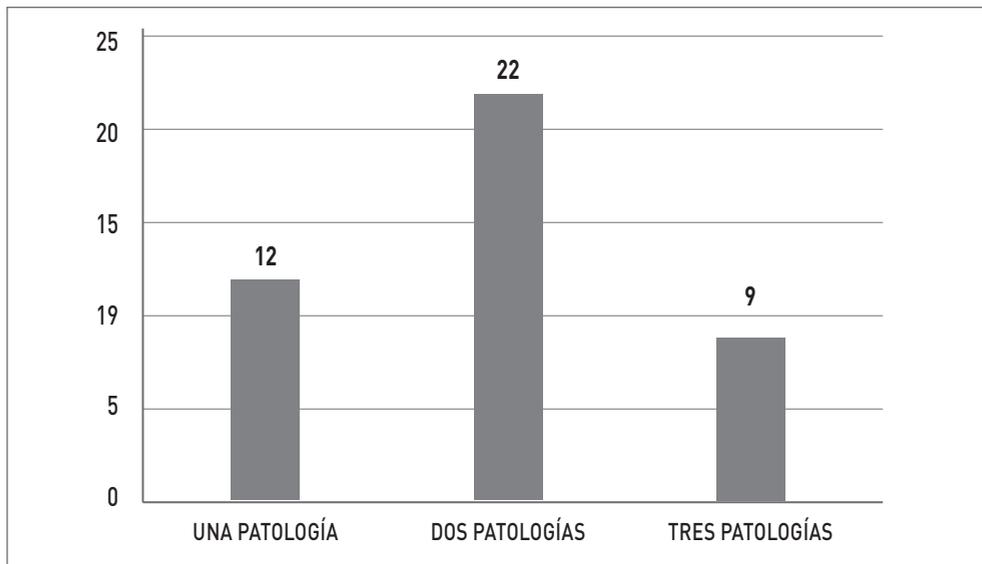


Figura 4. Cantidad de patologías por paciente intervenido quirúrgicamente.

Fuente: elaboración propia.

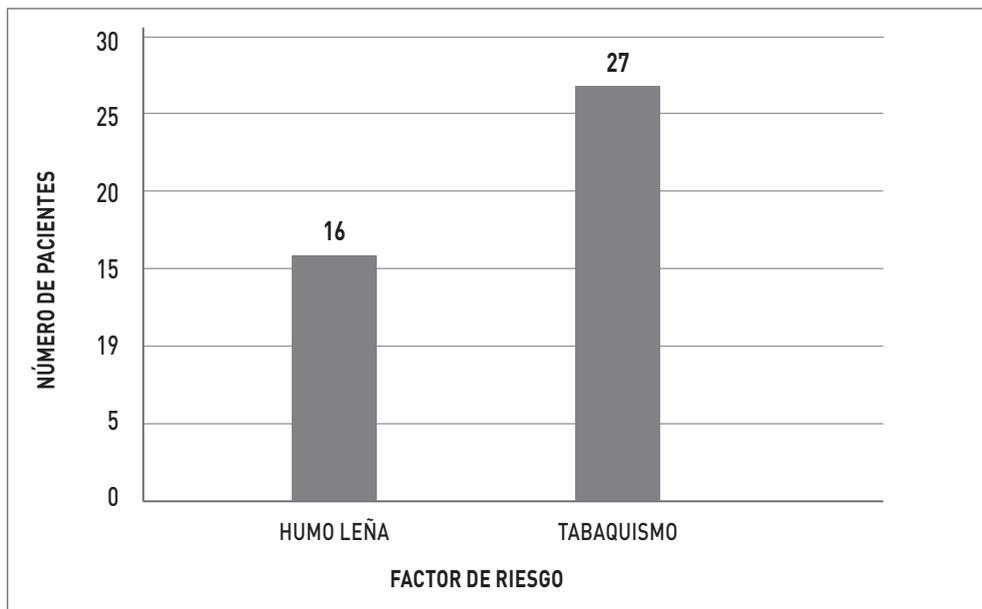


Figura 5. Factores de riesgo presentes en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Fuente: elaboración propia.

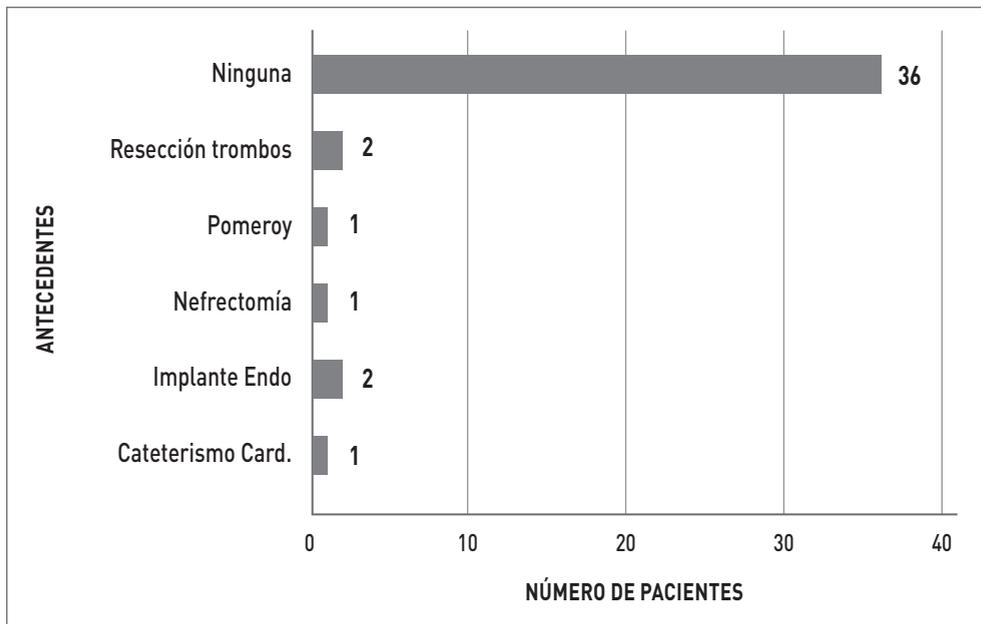


Figura 6. Antecedentes quirúrgicos en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Fuente: elaboración propia.

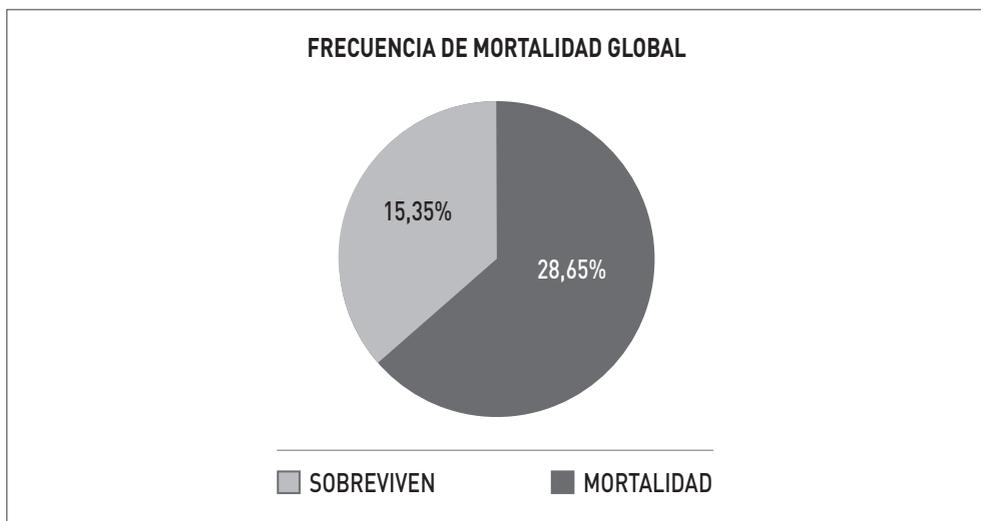


Figura 7. Mortalidad global.

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

Concluimos que los factores de riesgo mencionados en esta investigación sí están relacionados a la patología de AAA; los pacientes mayores de 70 años fueron el grupo con mayor riesgo en este estudio, con el 67 % de la población y se evidenció que 15 pacientes murieron, 13 no se intervinieron y 28 sobrevivieron a la cirugía.

Discusión

Publicaciones recientes señalan que hay una estrecha asociación clínica entre la enfermedad coronaria y AAA (7) como lo demuestran los resultados del estudio, que confirmó la correlación entre factores de riesgo y AAA la enfermedad aterosclerótica, edad avanzada, consumo de tabaco, sexo masculino e hipertensión arterial como principales factores de riesgo (8), aceptando que el tabaquismo es el mayor factor de riesgo

para la generación y progresión de enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico (9).

El tabaquismo se relaciona con la enfermedad vascular periférica, pues favorece el desarrollo de la aterosclerosis en la aorta (3) debido a la disfunción endotelial que favorece el aumento de la concentración y el depósito de colesterol, lípidos, y triglicéridos, impulsando el desarrollo de la placa de ateroma (1-3). Los resultados del presente estudio confirman la relación entre tabaquismo con un 62 % (27 pacientes), y el desarrollo de AAA, no obstante, se relaciona HTA y EPOC, como influencia en la incidencia de esta enfermedad (10). Se cuenta con un 81% de los pacientes quienes a su vez presentan un 62,7 %, dos de estas estas patologías asociadas. Se discute el riesgo de mortalidad de los AAA por ser una enfermedad silenciosa y de diagnóstico tardío (11).

Referencias

1. Reed D, Reed C, Stemmermann G, Hayashi T. Are aortic aneurysms caused by atherosclerosis? *Circulation*. 1992;85:378-9.
2. Wang S, Zhang C, Zhang M, Liang B, Zhu H, Lee J, et al. Activation of AMP-activated protein kinase a 2 by nicotine instigates formation of abdominal aortic aneurysms in mice in vivo. *Nat Med*. 2012;18:902-10.
3. Valdés F, Sepúlveda N, Michel M, Vergara J. Frequency of abdominal aortic aneurysms in subjects with cardiovascular risk factors. *Revista médica de Chile*. 2003;131(7):741-747
4. Fadragas A, Cabrera C, Sanz L. Hábito de fumar: Repercusión sobre el aparato cardiovascular. *Revista Cubana de Medicina*. 2005.
5. Rojas R, Rojas A. Morbimortalidad de la ruptura del aneurisma de aorta abdominal en el área geográfica del Hospital de Puerto Montt. 2006.
6. Janczuk S. Universidad de Buenos Aires, Argentina. Volumen XIV número 3. Pág 21.
7. Mertens R, Valdes F, Kramer A. Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2004; 56 (1): 3-11.)
8. Reed D, Reed C, Stemmermann G, Hayashi T. Are aortic aneurysms caused by atherosclerosis? *Circulation*. 1992;85:378-9.
9. Valdés E, Francisco, Sepúlveda Sch, Nelson, Michel, Mariné M, & Vergara G, Jeanette. (2003). Frequency of abdominal aortic aneurysms in subjects with cardiovascular risk factors. *Revista médica de Chile*, 131(7), 741-747
8. Bown MJ, McCarthy MJ, Bell PR, Sayers RD. Low atmospheric pressure is associated with rupture of abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2003;25:68-71.
9. 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. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2003 Sep [citado 2015 Jul 15];131(9):981-986. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872003000900003&LN-G=ES.