



Carta al Director

Mortalidad de EVAR en pacientes intervenidos por encima de la esperanza de vida poblacional

Mortality of EVAR in surgical patients above of population expectative of life

Sr. director:

El aneurisma de aorta abdominal no complicado (AAA) es una enfermedad que aumenta con la edad y que asocia empeoramiento de la anatomía y peores resultados en el éxito técnico, con mayor incidencia de endofugas y reintervenciones a partir de los 70 años.

La esperanza de vida global en España se sitúa por encima de los 81-83 años desde 2008. No obstante, hay una importante diferencia por sexos: se sitúa en los 78,2-80,4 años en varones y en los 84,3-86,2 años en mujeres (fuente INE).

En nuestra práctica clínica habitual, cada vez tenemos más pacientes añosos con aneurisma de aorta abdominal (AAA) no complicado. Una parte se desestima para cirugía tras una primera valoración clínica de factores de elevada comorbilidad (ingresos hospitalarios recurrentes, patología oncológica, grandes dependientes, etc.). Otra parte son desestimados tras la valoración de las características del AAA (diámetro y anatomía, casos muy desfavorables que implican cirugías complejas, etc.).

Pero ¿qué hacer con pacientes en adecuadas condiciones clínicas y anatómicas? ¿Qué expectativa de vida tienen nuestros pacientes? Siempre teniendo en cuenta que estamos hablando de una cirugía profiláctica.

El objetivo de este estudio fue evaluar nuestros resultados en pacientes tratados de forma electiva con endoprótesis de aorta abdominal (EVAR) y con edad superior a los 80 años.

Con base en una búsqueda retrospectiva, se analizaron los 105 pacientes mayores de 80 años tratados en el periodo comprendido entre enero de 2011 y junio de 2021. Se recogieron las principales comorbilidades y seguimiento hasta la pérdida del paciente y supervivencia global.

Se intervinieron un total de 105 pacientes de forma electiva por encima de 80 años entre enero de 2011 y junio de 2021. Respecto al sexo, el 93,3 % fueron varones ($n = 98$) y el 6,7 % fueron mujeres ($n = 7$); la edad media en el momento de la intervención fue de 82,9 años (rango 80-93, moda 82).

Las principales comorbilidades de los pacientes fueron: HTA (69 %), diabetes (21 %), tabaquismo (64 %), dislipemia (56 %), enfermedad pulmonar (30 %), enfermedad cardíaca (49 %), enfermedad cerebrovascular (19 %) y enfermedad renal (18 %).

Al analizar las características del aneurisma, el diámetro medio fue de 56 mm (rango 30-110 mm). Si excluimos los aneurismas saculares (7 casos), el diámetro medio fue de 66,67 mm (rango de 50 a 110 mm).

Todos los casos se trataron con implante de endoprótesis aortobiilíaca estándar, con una media de 2,25 extensiones ilíacas. La estancia hospitalaria media fue de 10,5 días.

Durante el seguimiento, se detectaron 12 pacientes con endofuga de tipo II (11,43 %) y 1 paciente (0,95 %) con endofuga IB que necesitó tratamiento.

La supervivencia media libre de endofuga fue del 86 % a los 84 meses, según método actuarial (punto de cruce donde nuestro seguimiento pierde significación estadística) (Tabla I) (Fig. 1).

La supervivencia media de los pacientes fue del 65 % a los 42 meses, según método actuarial (punto de cruce donde nuestro seguimiento pierde significación estadística), con un 1,9 % de mortalidad precoz en el primer mes posoperatorio (2 pacientes) (Tabla II) (Fig. 2).

De los factores de riesgo de los pacientes, se halló relación estadística entre HTA, tabaquismo y EPOC con mortalidad a menos de 42 meses (punto

Tabla I. Supervivencia libre de endofuga de la muestra

Intervalo	PERM. Supervivencia acumulada	Significación estadística
0-6	0,96984925	0,0168827
7-12	0,93787619	0,02450495
13-18	0,89212614	0,03235769
19-24	0,86751576	0,03708433
25-30	0,86751576	0,03886758
31-36	0,86751576	0,03962531
37-42	0,86751576	0,04076466
43-48	0,86751576	0,04200831
49-54	0,86751576	0,04317005
55-60	0,86751576	0,04443383
61-66	0,86751576	0,04557628
67-72	0,86751576	0,04707098
73-78	0,86751576	0,04760287
79-84	0,86751576	0,04843564
85-90	0,86751576	0,05024131
91-96	0,86751576	0,05262695
97-102	0,86751576	0,05496706
103-108	0,86751576	0,05626058
109-114	0,86751576	0,05671248
115-120	0,86751576	0,05717545
121-126	0,86751576	0,05764994
127-132	0,86751576	0,05764994
133-138	0,86751576	0,05764994
139-144	0,86751576	0,05764994
145-150	0,86751576	0,05764994
151-156	0,86751576	0,05813645

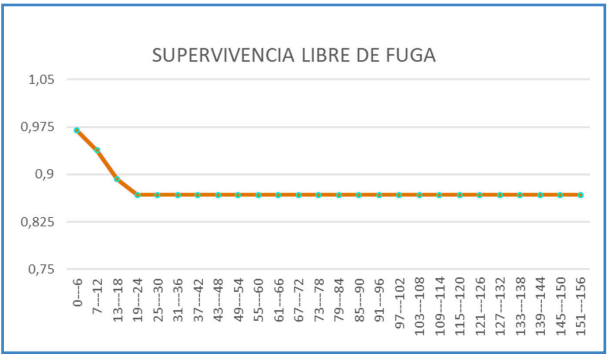


Figura 1. Supervivencia libre de endofuga de la muestra.

Tabla II. Supervivencia acumulada de los pacientes

Intervalo	PERM. Supervivencia acumulada	Significación estadística
0-6	0,95049505	0,02104328
7-12	0,89046378	0,03023663
13-18	0,83043252	0,03624771
19-24	0,77885286	0,04082236
25-30	0,73558325	0,04457692
31-36	0,72426659	0,04717224
37-42	0,6512313	0,04985923
43-48	0,63807511	0,05456051
49-54	0,56871912	0,05506796
55-60	0,5539472	0,05962538
61-66	0,48877694	0,05993444
67-72	0,45117871	0,06555071
73-78	0,45117871	0,07208499
79-84	0,38515256	0,06670211
85-90	0,31512482	0,06420167
91-96	0,21816334	0,05350177
97-102	0,1696826	0,05153925
103-108	0,14544223	0,05081737
109-114	0,14544223	0,05732973
115-120	0,11635378	0,04891417
121-126	0,11635378	0,05846362
127-132	0,11635378	0,06917509
133-138	0,11635378	0,08930465
139-144	0,11635378	0,10937541
145-150	0,11635378	0,10937541
151-156	0	0

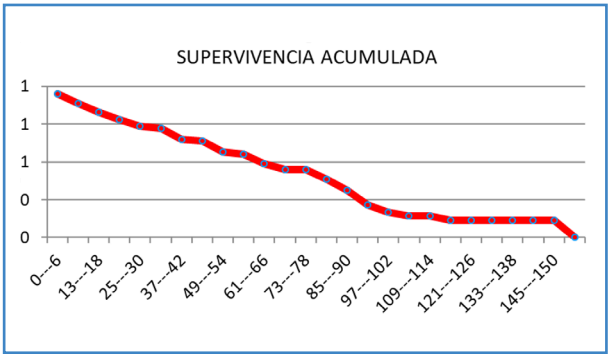


Figura 2. Supervivencia acumulada de los pacientes.

de cruce donde nuestro seguimiento no tiene significación estadística) con prueba de T de Student.

Consideramos que la cirugía del aneurisma de aorta abdominal no complicado mediante endoprótesis de aorta abdominal estándar es un tratamiento seguro para este subgrupo de población de pacientes mayores de 80 años, teniendo en cuenta una supervivencia media del 65 % a los 42 meses (3 años y medio) y una escasa mortalidad asociada.

Es fundamental una correcta selección de los pacientes, ya que es la clave para obtener buenos resultados.

Obviamente, se necesitarían estudios que puedan identificar a pacientes que no se benefician de la cirugía por tener mayor comorbilidad, así como estudios de coste-efectividad al tratarse de una cirugía profiláctica tratada en un sistema público de salud.

María Isabel Lara Guerrero, Jesús Álvarez García, Frank Hamre Gil,
Javier Azcona Fabón, Rafael Gómez Medialdea
*Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario
Virgen de la Victoria. Málaga*

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

DOI: 10.20960/angiologia.00671

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Gallito E, Faggioli G, Mascoli C, et al. Long-term efficacy of EVAR in patients aged less than 65 years with an infrarenal abdominal aortic aneurysm and favorable anatomy. *Ann Vasc Surg* 2020(67):283-92. DOI: 10.1016/j.avsg.2020.03.038
2. Khoury MK, Thornton MA, Heid CA, et al. Endovascular aortic repair in patients of advanced age. *J Endovasc Ther* 2022;29(3):381-8. DOI: 10.1177/15266028211049342
3. Prendes CF, Dayama A, Panneton JM, et al. Endovascular aortic repair in nonagenarian patients. *J Am Coll Cardiol* 2021;77(15):1891-9. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.02.042
4. Qureshi MI, Davies AH. Endovascular aneurysm repair in the elderly: first do no harm. *Vascular* 2018;26(1):113-4. DOI: 10.1177/1708538117717855