



ALBERTO R. ROLDÁN

En 10 preguntas

Dr. José Luis Martín Ventura Investigador del Laboratorio de Patología Vascular del Instituto de Investigación Sanitaria-Fundación Jiménez Díaz-Universidad Autónoma de Madrid

«La mortalidad por rotura del aneurisma está infraestimada»

Belén Tobalina. MADRID

1. ¿En qué consiste el aneurisma aórtico abdominal (AAA)?

Es una patología vascular que consiste en una dilatación localizada y permanente de la aorta debido a un debilitamiento de la pared vascular. Generalmente se manifiesta en la porción infrarrenal de la aorta. Se define como una dilatación superior al 50% del diámetro normal del vaso en zonas adyacentes por lo que, a nivel de la aorta abdominal, se considera patológico un diámetro mayor o igual a 3 cm.

2. ¿Cómo de frecuente es?

Tiene una afectación 6 veces superior en los hombres que en las mujeres, incidiendo en más de un 5-8% de la población masculina mayor de 65 años, y en un 2% de la población femenina en el mismo rango de edad. La incidencia media anual de nuevos diagnósticos en poblaciones occidentales oscila entre el 0,4 y el 0,67%. En los últimos años, la incidencia de rotura aneu-

rismática está en aumento, lo que supone el 1-2% del total de muertes. En cualquier caso, la magnitud de la mortalidad relacionada con la rotura aneurismática de la aorta abdominal está infraestimada, sobre todo si se tiene en cuenta el bajo número de casos en los que se realiza un examen post mortem.

3. ¿Por qué crece?

La evolución natural del AAA supone una dilatación progresiva, caracterizada por la degradación de los componentes estructurales de la pared vascular, la pérdida de células de músculo liso vascular que componen la pared y una respuesta inmunoinflamatoria crónica. La dilatación vascular en el AAA es progresiva pero no lineal, alternando fases de aceleración y periodos de estabilidad, lo que dificulta el seguimiento del paciente y, con ello, empeora el pronóstico de la enfermedad. La dilatación vascular puede culminar en la rotura de la pared vascular, la complicación más grave de esta enfermedad asociada a un 75% de mortalidad.

4. ¿Qué factores influyen en su desarrollo y crecimiento?

Aunque la etiología es confusa, comparte factores de riesgo con la enfermedad aterosclerótica, como son: edad, tabaquismo, sexo masculino, susceptibilidad genética, hipertensión arterial, obesidad, niveles reducidos de colesterol asociado a la lipoproteína de alta densidad, enfermedad coronaria y claudicación intermitente.

5. ¿Da síntomas?

El AAA cursa habitualmente de forma silente, de manera que el diagnóstico suele ocurrir como un

hallazgo casual tras una prueba de imagen realizada por una patología concomitante del paciente. En algunos países se realizan programas de screening dirigidos a ciertos grupos de riesgo mediante ecografía.

6. ¿Se puede evitar que crezca?

El manejo del AAA cuando su diámetro está entre 3-5 cm es conservador, si bien hoy no existe ningún tratamiento farmacológico efectivo capaz de limitar su progresión o evitar su rotura. Este manejo será el adecuado siempre que el AAA no alcance los 5,5 cm de diámetro. En estas circunstancias, en las que el riesgo de rotura supera el riesgo de la intervención quirúrgica, la opción terapéutica suele ser la cirugía, decisión que puede precipitarse ante la presencia de síntomas o una elevada tasa de crecimiento del AAA (superior a 1 cm/año).

7. Ha participado en un estudio internacional que ha determinado que los biomarcadores implicados en la calcificación vascular predicen el crecimiento del

aneurisma aórtico abdominal. ¿Qué conlleva esto?

Dado que la calcificación es un proceso clave en la patología aneurismática, nos planteamos con el Dr. Villa-Bellostá evaluar posibles biomarcadores relacionados con la calcificación en una cohorte europea de nuestro colaborador el Dr. Jes Lindholt. Los resultados muestran una relación inversa entre la degradación del pirofosfato en sangre y el crecimiento del aneurisma, lo que sugiere que algunos procesos de calcificación podrían contribuir a estabilizar la pared de la aorta en determinados pacientes.

8. ¿En un futuro se podrán desarrollar biomarcadores sanguíneos que permitan mejorar la estratificación del riesgo y el seguimiento personalizado?

Nuestro grupo lleva muchos años intentando buscar biomarcadores que puedan ayudar a predecir qué sujetos tienen más probabilidades de que su AAA progrese hacia su potencial rotura. Es un gran reto. Hoy no se conoce ningún marcador bioquímico para esta patología con suficiente especificidad y sensibilidad como para poder ser utilizado en la práctica clínica. Los únicos factores pronósticos se establecen a través de técnicas de imagen y se limitan al diámetro aórtico del aneurisma, con limitaciones inherentes a la propia evolución no lineal de la enfermedad.

9. ¿En qué horizonte calcula?

No nos gusta poner plazos porque sería muy pretencioso, pero sí que pensamos que estudios colaborativos entre biólogos vasculares, expertos en calcificación y cirujanos vasculares como el que hemos publicado pueden ayudar a entender los mecanismos asociados a esta enfermedad y plantear tanto biomarcadores que ayuden a predecir la progresión como potenciales dianas terapéuticas.

10. ¿Qué permitirán exactamente? ¿Reducir muertes?

Estos estudios siempre requieren validaciones en otras cohortes con un mayor número de sujetos para poder plantear su uso a nivel poblacional. Asimismo, la tecnología usada para medir estos biomarcadores debe ser más sencilla para poder aplicarla en el ámbito hospitalario. En todo caso, una vez demostrada su validez, estos biomarcadores podrían ayudar al médico a decidir un seguimiento y/o tratamiento personalizado en función del mayor/menor riesgo de progresar hacia la rotura del aneurisma, lo que redundaría potencialmente en una menor mortalidad asociada a esta enfermedad.



Algunos procesos de calcificación pueden contribuir a estabilizar la pared de la aorta»