

Opiniones, comentarios y resumen final relacionados con un aneurisma de la aorta abdominal

Opinions, comments and final summary related with a abdominal aorta aneurysm



Dr. Rubén Tomás Moro Rodríguez. Angiología y Cirugía Vascular. Cardiocentro de Villa Clara. Cuba.

Buenos días hermano, Yara:

Te estoy enviando las imágenes de la angiotomografía computarizada (Angio TC) de un caso para que sea discutido en el Fórum Cubano de Cirugía Vascular. Necesito tu opinión y si es posible la de otros colegas ([Fig. 1](#)).

El paciente es del sexo masculino, de 52 años de edad, con antecedentes de buena salud. Solo hipertensión arterial (HTA) con tratamiento y compensado. Presentó dolor abdominal frecuente y trastornos digestivos. Se le realizó una ultrasonografía y le detectaron una dilatación aneurismática por lo que lo remiten a nuestro centro.

Se valoró e indicó una AngioTC y se discutieron sus resultados. Se obtuvieron varias propuestas de tratamiento, pero me interesa mucho tu opinión.

Un abrazo, Moro

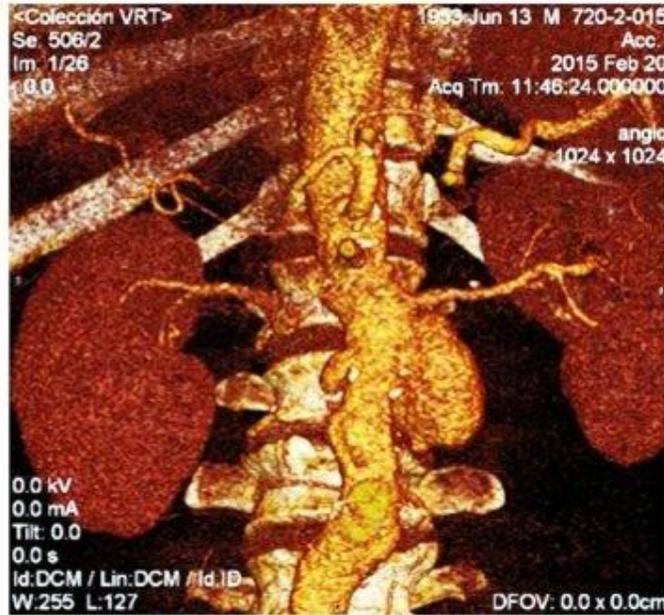


Fig. 1. Angiotomografía computarizada del abdomen realizada al paciente.

PRIMERA OPINIÓN Y COMENTARIO

Dr. Carlos Rubén Ramos López
Angiología y Cirugía Vascular
Profesor Adjunto
IMMS Guadalajara Jalisco, México

Lunes 20 de abril de 2015

Que interesante caso presentan ahora. Aneurismas saculares en aorta abdominal.

Creo que todos los integrantes del foro coinciden en que el tratamiento es quirúrgico. Ahora es necesario saber si se puede realizar por técnica endovascular. Les pediría que nos compartieran las imágenes multicorte, incluyendo el sector torácico. Ciertamente es que el aneurisma sacular mayor está prácticamente en el ostium de la arteria renal. ¿Qué tanto riesgo de endofuga se presentará al tiempo?

Hacerlo por cirugía convencional daría la posibilidad de realizar estudio histopatológico de la pared aórtica.

En fin, en espera de las imágenes multicorte.

Libertas vos veritas.

Dr. Carlos Rubén Ramos López
JDC Dpto. Angiología. Cir. Vascular, Endovascular y Torácica.

UMAE HECMNO. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México.
Presidente del Consejo mexicano de Angiología y Cirugía Vasculat, AC.

Muchas gracias querido colega y amigo, por tus comentarios y sugerencias de valoración endovascular que desde aquí no me parece que dispongamos con el diseño que necesitaríamos.

No tengo ideas del estado de la aorta torácica que bien pudiera ser un punto de "despegue". Tampoco podemos ver las ilíacas, para decidir el lugar de "aterrizaje".

Te adjunto todas las imágenes que recibí. No puedo incluirlas en los mensajes, dirigidos preferentemente a Cuba, por cuanto nuestra red médica no admite más de 800 K.

Un abrazo afectuoso, Yara.

Dr. Carlos Rubén Ramos López
Angiología y Cirugía Vasculat
Profesor Adjunto
IMMS Guadalajara. Jalisco, México

Martes 21 de abril de 2015

Gracias por el envío de los cortes.

Aunque no son de calidad óptima, sí es posible distinguir los cambios morfológicos principales. Entendiendo que me comentas que es muy complejo los materiales para valorar técnica endovascular (de lo cual no me parece que haya opciones seguras), consideraría que lo mejor es hacerlo abierto. Pero hay varios bemoles que considerar:

- La arteria renal izquierda que se aprecia hipoplásica está prácticamente adyacente al aneurisma sacular y aunque emerge anterior puede considerarse aneurisma yuxta renal.
- No nos mencionas como están las arterias ilíacas.
- La opción que me parece para el caso es hacer un "descenso renal", es decir, hacer una nefrectomía, perfundir el riñón y realizar un "autotrasplante" anastomosando la arteria renal a la pata del injerto, vena ilíaca y anastomosar uréter a la vejiga.
- Sin duda, creo sea mejor realizar injerto aorto bifemoral como segundo tiempo una vez preparado el riñón.
- y muy interesante ver el resultado del estudio histopatológico ¿no tiene evidencia de aneurismas en otras localizaciones?

Un abrazo,

Dr. Carlos Rubén Ramos López

SEGUNDA OPINIÓN Y COMENTARIO

Profesor Josep Marinel·lo Roura.
Angiología y Cirugía Vascular,
Maresme Hospital de Mataró,
Barcelona. Cataluña, España.

Lunes 20 de abril de 2015

Buenas noches Dr. Juan Enrique Yara.

Por la información recibida: se trata de un aneurisma de la aorta abdominal (AAA), infrarenal, sintomático.

Por las imágenes el diámetro máximo parece ser inferior a 50 mm sacular.

a) Posibilidades diagnósticas: 1. AAA arterioescleroso; 2. AAA inflamatorio (por el tejido peri-aneurismático no lo parece. Por la clínica, cabe la posibilidad)

b) Posibilidades terapéuticas: 1. Si no es inflamatorio: seguimiento. En Europa el criterio electivo es \geq a 60 mm como sabes. Otra cuestión son los Estados Unidos (EE. UU.). 2. Si es inflamatorio: resección.

c) Estrategias quirúrgicas llegado el caso: 1. Endoprótesis: es yuxta-renal. Faltan datos morfo-métricos. 2. Resección más by-pass: parece ser un caso ideal (faltan datos) para un by-pass aorto-aórtico.

Saludos y agradecido por la consulta,

Josep Marinel.lo Roura

Consultor Emérito Honorífico,
Hospital de Mataró – CSdM. Barcelona.
Profesor Asociado. ESCS-TCMM. Barcelona.

Excelente y compactada argumentación, Prof. Marinel.lo. Muchas gracias por su rápida e interesante respuesta.

En efecto, tenemos un AAA, o mejor, dos. El primero es el que todos vemos de inicio y al que nos estamos refiriendo. Sin embargo, seguramente todos los colegas han notado, justamente del lado derecho una "gemación", "excrecencia", "ampolla" que los anglosajones denominan "bleb" y que si no fuese por su compañero mayor que está decidiendo la conducta, podría ser, si aislado, potencialmente peligroso. Lo menciono porque no me gustaría esperar una mayor aproximación a los 60 mm.

Como usted y el Dr. Ramos, en ausencia de endoprótesis fenestradas, estoy pensando en una salida o despegue desde la aorta torácica, dado que disponemos de solo unos milímetros por debajo de la arteria renal izquierda (aneurisma abdominal yuxtarenal), insuficientes para un clampaje seguro y una anastomosis como Dios manda.

El "aterrizaje" pudiera ser en la propia aorta abdominal que se visualiza larga, aunque tiene algunas calcificaciones. En todo caso, pudieran ser las ilíacas, que no vemos en las imágenes o finalmente, como plantea el Dr. Ramos, en ambas femorales.

Mi afecto cercano, desde Madrid. Yara.

TERCERA OPINIÓN Y COMENTARIO

Dr. Alejandro Hernández Seara
Angiología y Cirugía Vasculare
Director del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vasculare.
La Habana, Cuba.

Miércoles 22 de abril de 2015

Saludos Profe, en cuanto al caso en cuestión del aneurisma sacular de la aorta yuxtarenal, dos consideraciones:

1) No es frecuente que sea de esta forma, al menos por etiología inespecífica o aterosclerótica, la deformidad de la luz me recuerda a los aneurismas micóticos o por sepsis, me llama la atención que tiene solo 52 años, aunque no imposible no es la edad frecuente en la que se diagnóstica el aneurisma de la aorta abdominal de etiología inespecífica y si no es fusiforme pues más sospechoso de que esta no sea la etiología.

Recomiendo una buena antibiótico-terapia previa, buscarle marcadores inflamatorios, VSG, buscar focos sépticos a otro nivel, por lo menos para descartar este planteamiento, si no tratarlo como un raro aneurisma de la aorta abdominal en una persona relativamente joven, que no fuma, ni tiene al parecer otro antecedente de factor de riesgo para aterosclerosis que no sea la HTA, de lo que se desprende la segunda opinión.

2) Se impone la reparación quirúrgica del mismo, vía convencional, no tenemos experiencia en Cuba de la vía endovascular, aunque ya vamos completando el equipamiento en algunos lugares, no es este un buen caso para comenzar cuando el anclaje debe de ser suprarrenal, lo que necesita un dispositivo más sofisticado y un cirujano de mayor experiencia.

Pero si solo tiene 52 años y al parecer no otra enfermedad, la vía convencional le debe de ir aceptablemente bien, pero con riesgo, claro.

Existe un pequeño espacio por debajo de la renal izquierda que ligando la vena renal izquierda podría permitirnos un clampeo y forzar un poco un cuello allí. En el peor de los casos, un clamp que incluya la arteria renal izquierda y deje por encima de él la arteria renal derecha, lo que sería menos sufrimiento renal, y colocar allí una prótesis de diámetro adecuado.

Distalmente parece haber una aorta sana también, pero eso depende de cómo estén las iliacas, pero me impresiona que será aorto-aórtico.

Un abrazo para ti. Alejandro.

Muchas gracias, querido Alejandro por tus reflexiones y colaboración. Estoy de acuerdo con la posibilidad grande de que la etiología sea micótica y la imposición de una enérgica y completa antibióticoterapia.

Sin embargo, la arteria renal derecha con una irregularidad en su origen (¿ateroma?) y una renal izquierda casi en el mismo origen del aneurisma me animan a alejarme del clampeo en esa zona y buscar un "aeropuerto de despegue" en la aorta torácica infradiafragmática.

Dejar siquiera un pedacillo de saco en la zona anastomótica, significaría muy fuertemente la posibilidad de un pseudoaneurisma en la zona de sutura en un paciente que le faltarían 25 años de expectativa media de vida del cubano, en ausencia de toda esta situación.

Finalmente, cuando terminemos la discusión de este caso, enviaré un artículo sobre endoprótesis fenestradas y los "links" para los que puedan acceder a videos de The Nebraska Medical Center y The Cleveland Clinic, de manera que los especialistas más jóvenes y en particular los nuevos residentes, entiendan mejor de qué se tratan.

Un abrazo para ti y para cada miembro de tu colectivo.

Yara

CUARTA OPINIÓN Y COMENTARIO

Dr. Carlos del Risco
Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech"
Camagüey, Cuba

Miércoles 22 de abril de 2015

Hola Quique

Felicitemos una vez más al amigo *Rubén Moro* por tan excelentes imágenes.

Operamos un aneurisma sacular yuxtarenal hace algunos años y el análisis de la anatomía patológica resultó: "compatible con aneurisma luético", aunque era abdominal y la aorta torácica estaba normal en las imágenes.

Tú sabes que a veces la gente de los microscopios tiene sus veleidades, pero en fin, el tratamiento fue un injerto de sustitución, con resultado favorable.

Un abrazo, Del Risco.

Muchas gracias, querido Carlos por tu énfasis en no olvidar la sífilis como enfermedad capaz de afectar muchos órganos, entre ellos la aorta, aunque como bien añades, en su parte torácica, ascendente la más proclive.

Un abrazo desde Madrid. Yara

QUINTA OPINIÓN Y COMENTARIO

Dr. Rubén Tomás Moro Rodríguez
Angiología y Cirugía Vasculare
Cardiocentro de Villa Clara. Cuba

Miércoles 22 de abril de 2015

Hermano:

Me está gustando la discusión de este caso. Te puedo adelantar que estudiamos el caso pensando en la posibilidad del origen micótico. Todo NORMAL: estudios bacteriológicos, análisis de todos los antecedentes, focos sépticos a distancia negativos. Es un hombre de campo acostumbrado a comer ampliamente, con mucha proteína y trabajo duro. Algo obeso para su superficie corporal y tamaño.

Bueno, tú eres el único que se ha fijado en la renal derecha y como es lógico bien pensado en la posibilidad del despegue bien alto.

Quiero que busques a ver si encuentras trabajos que hablen de provocar la trombosis del saco y dejarlo *in situ*.

Lo he pensado mucho y creo no es descabellado, tratando de mantener la viabilidad renal lo mejor posible. Estamos trabajando fuerte con el Ministerio de Salud Pública para empezar con endoprótesis acá en Santa Clara. Tengo el departamento, el equipo de angiografías y el personal entrenado en España. Solo necesito las prótesis y como es lógico, los catéteres, guías y otros.

Seguimos en contacto, un abrazo. Tu hermano Moro.

Muchas gracias, querido hermano y colega por añadir estas opiniones a tu caso. Creo que uno de los primeros cubanos en incursionar sobre trombosis in situ del aneurisma, fue el Dr. Mario Ochoa Bizet en tu tesis de doctorado en Alemania, hace ya muchos años, por lo que debe estar en los archivos del INACV.

Si tienes imágenes o alguna opinión sobre el estado de la aorta torácica descendente y las ilíacas, serán bienvenidas.

Un abrazo afectuoso,

Yara

SEXTA OPINIÓN Y COMENTARIO

Dr. Orlando Ramos Prevez
Profesor Consultante de Cardiología
Universidad Médica de Santiago de Cuba

Jueves 23 de abril de 2015

Querido Yara "Quique" (QQ), perdona el intrusismo profesional de este aprendiz de cardiólogo pero esta tortuosidad de la aorta me habla a favor de, además de los dos aneurismas saculares, que enfrentamos un estado nada bueno del resto de paredes peri-aneurismáticas.

Decididamente habrá que ser muy cuidadoso con el riñón izquierdo por su extrema contigüidad al saco aneurismático mayor.

La mayor limitación de las imágenes disponibles es no conocer el estado ilio-femoral y a su vez no tener visualizaciones del segmento torácico descendente, para saber a qué futuro posquirúrgico nos vamos a enfrentar.

Perdonen de nuevo el intrusismo y saludos.

Dr. Orlando Ramos
Profesor Consultante de Cardiología
Universidad Médica de Santiago de Cuba

Saludos, querido amigo y colega.

Nada de intrusismo. Todos los colegas son cordialmente bienvenidos a la discusión científica en busca de la mejor opción. Siempre hay una mejor opción, determinada fundamentalmente por el paciente, pero también por el lugar y por el tiempo.

A ella se llega mediante la experiencia del mayor número de colegas, de diferentes lugares y tiempos.

Muchas gracias y un abrazo

Yara (QQ)

SÉPTIMA OPINIÓN Y COMENTARIO

Dr. Rafael Delgado Daza
Servei de Cirurgia Vasculat i Endovascular.
Hospital Universitari Mútua de Terrassa.
Terrassa. Barcelona, España.

Jueves 23 de abril de 2015

Estimados compañeros

Según las imágenes, aunque escasas para poder afinar distancias y angulaciones, parece que se trata de un aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal importante, sacular y parcialmente trombosado, parece, también, que clínicamente sintomático. Creo percibir que engloba la arteria renal izquierda.

Si las medidas son favorables podría tratarse mediante la colocación de una endoprótesis alta, con "stenting" de dicha arteria renal en forma de chimenea y con embolización del saco aneurismático.

Precisaría de mejor análisis de imágenes con los oportunos programas informáticos para medir al milímetro las distancias, pero espero que mi opinión haya sido de ayuda. Atentamente.

Un saludo,

Dr. Rafael Delgado Daza
Servei de Cirurgia Vasculari Endovascular.
Hospital Universitari Mútua de Terrassa.
Terrassa, Barcelona.

Muchas gracias, estimado Profesor Delgado por el énfasis en las necesarias mediciones de cada sector para buscar la endoprótesis más adecuada y compatible. De la misma manera, me parece una alternativa válida, el stenting de la arteria renal izquierda, en forma de chimenea.

De esta manera nos estamos obligando a pensar, con especial dirección hacia los más jóvenes, primero en las endoprótesis y sus variantes, y luego en la cirugía abierta.

Reciba mi agradecimiento en un abrazo, Yara

OCTAVA OPINIÓN Y COMENTARIO

Dr. Alejandro Hernández Seara
Angiología y Cirugía Vascular
Director del INACV

La Habana, CUBA.

Viernes 24 de abril de 2015

El despegue como le llamas en aorta torácica, implica una técnica de Crawford u otra similar con reimplantación en la prótesis de las arterias renales, y eso le adiciona un riesgo a la cirugía bastante considerable, si como al parecer, por lo que dice el Dr. Moro, se trata de un aneurisma inespecífico, mantengo mi criterio anterior, es cierto que hay una placa de ateroma en la renal derecha, pero ¿cómo está la función renal?, he aprendido que meternos con las renales la mayoría de las veces es costoso. Alejandro.

Saludos querido Alejandro, qué bueno leerte de nuevo. Significa que todos estamos interesados firmemente en contribuir con nuestra mejor opinión en un caso tan difícil y joven, pues solo tiene 52 años.

Me puse a hablar de despegue y aterrizaje y como mal piloto no me expliqué bien:

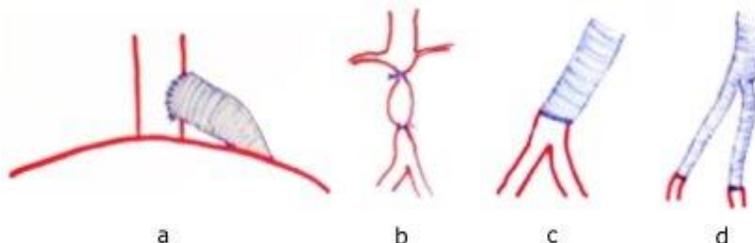
Dibujé los pasos en un grabado y me perdonan (Fig. 2).

Paso 1: salgo de la aorta torácica supra-diafragmática con una anastomosis látero-terminal (L-T) (Fig. 2a) en una prótesis de dacrón anillada knitted doble velour o

similar, bifurcada, atravieso el diafragma y llevo la prótesis hasta las inmediaciones de la aorta terminal.

Paso 2: ligo con mucho cuidado, utilizando "pledgets" de teflón, la zona de aorta dilatada. El aneurisma queda ligado por encima (debajo de las renales) y por debajo (por encima de la zona de la anastomosis que realizaré) (Fig. 2b).

Paso 3: Anastomosis T-T de la prótesis a la aorta terminal (Fig. 2c). Si no está viable la aorta terminal, utilizo las ramas de la prótesis y las anastomoso a las ilíacas o incluso a las femorales, dependiendo del hallazgo in situ (Fig. 2d).



Queda aislado el AAA y funcionando parte del segmento IV de la aorta y ojalá la mesentérica inferior. No tengo que reimplantar renales ni ninguna otra arteria visceral.

Creo como tú que hay que dejar tranquilas las renales, que no me pareció en tu primera opinión. Estoy seguro que el filtrado glomerular, urea, creatinina, están normales. Lo hemos dado por sentado al traerlo el Dr. Moro a discusión y haberle hecho los estudios de tomografía computarizada (TC) con contraste.

Mi abrazo afectuoso, Yara.

NOVENA OPINIÓN Y COMENTARIO

DrC. Juan Díaz Sarduy
Imagenólogo
Hospital Provincial "Saturnino Lora".
Santiago de Cuba, Cuba.

Viernes 24 de abril de 2015

Quique, hace días estoy muy atareado y no he podido escribir antes.

Este caso del Dr. Moro como siempre es muy interesante. Pero yo soy imagenólogo y a nosotros siempre nos gustan los cortes longitudinales y axiales.

Este paciente como ya se ha dicho tiene un aneurisma para-renal izquierdo que aparentemente sangró, o con cápsula fuerte; y otro del lado derecho más pequeño, pero que llama la atención cómo la aorta se encuentra desplazada hacia la izquierda.

De igual manera sorprenden las características de ambas arterias renales.

Sin dudas la izquierda hipoplásica que asegura la atrofia renal izquierda, pero la derecha, para irrigar un riñón aparentemente compensador, es muy fina y no se define bien su origen.

También vemos una variación de la densidad del cuerpo vertebral que pudiera estar en relación con trauma o sepsis.

Como han dicho otros colegas, no tenemos muchas imágenes y es por eso que no podemos hacer otras valoraciones en un hombre relativamente joven como decimos los octogenarios.

Por lo demás, te esperamos por Santiago.

Saludos, un abrazo,

Dr. Díaz Sarduy

Muchas gracias Juanito, querido profesor y amigo desde hace muchos años. Me había extrañado tu ausencia, pero ya has llegado.

Siempre me sorprendes con tu visión real de Rayos X, es verdad, que hay un cuerpo vertebral con diferencias, por lo que solicitamos al Dr. Moro revise todo el conjunto de imágenes en este sentido y que si puede precisar algo más nos lo comunique.

Gracias por tu siempre compañía. Abrazos para nietas y bisnietas.

Yara (QQ)

COMENTARIO FINAL DEL MÉDICO DE ASISTENCIA

Dr. Rubén Tomás Moro Rodríguez
Angiología y Cirugía Vasculat
Cardiocentro de Villa Clara. CUBA

Viernes 24 de abril de 2015

Buenos días hermano

Mi más expresivo agradecimiento a todos los colegas que han dado su opinión en este paciente. Me siento satisfecho por la acogida del caso y las opiniones expresadas, todas de excelente valor asistencial y además docente.

Especial reconocimiento a nuestro hermano Yara por su magnífica conducción.

Felicitaciones al Dr. *Rafael Delgado Daza* por su opinión, muy actualizada y con la cual coincidimos totalmente, así como el resto de los colegas, español, mexicano, y cubanos que nos acompañaron en este caso.

Me pregunto, junto a la observación del Prof. *Díaz Sarduy*, si no les ha preocupado el estado de la arteria renal derecha y del futuro del paciente si por desgracia la izquierda sufre algún daño irreparable.

Les informo además que la aorta torácica y el eje iliaco están en magníficas condiciones de recibir todo lo que le demanden u ofrezcan, solo que la limitación de espacio impidió les enviara el estudio de angio TC completo.

Les prometo que basado en sus opiniones, en la discusión colectiva, en la valoración de recursos existentes y el consentimiento informado del paciente, tomaremos una conducta definitiva de la cual les informaremos oportunamente. Gracias *Yara*, por recordar al Dr. *Ochoa*, quien para mí es uno de los mejores, sino el mejor, de los cirujanos vasculares cubanos.

Repito mis más expresivas gracias a todos los participantes,

Dr. Moro Rodríguez

Dr. Juan Enrique Yara Sánchez
Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Provincial Saturnino Lora
Santiago de Cuba

Lunes 27 de abril

Evidentemente es un caso muy interesante y ha significado una excelente discusión científica.

Escribiré de manera numerada, algunas de las consideraciones principales de los AAA y elementos del propio análisis, con el ánimo que internos y residentes puntualicen el aprendizaje desde el inicio.

1. Los aneurismas de la aorta torácica son casi siempre disecantes o sifilíticos. Los de la aorta abdominal son casi siempre: degenerativos (arterioesclerosis), fusiformes, infrarrenales. Mayor frecuencia en hombres.
2. El hallazgo de un AAA sacular obliga a pensar en otras etiologías, en particular infecciones: endocarditis, focos sépticos a distancia (amígdalas, bronquiectasias, osteomielitis, incluso caries...) así como la mencionada sífilis.
3. Un principio: "Los AAA deben intervenirse un segundo antes de su rotura". Como esto es solo ideal, en la práctica es imposible, por lo que se ha sugerido que los AAA clásicos tienen una indicación absoluta de intervención cuando se reúnen tres circunstancias: pacientes menores de 60 años, ausencia de enfermedad coronaria y seis cm de diámetro.

4. Debemos interiorizar que al analizar una eventual intervención en los AAA tenemos que pensar en este orden: cirugía endovascular y cirugía a cielo abierto (convencional).
5. Los estudios de angioTC (o posteriores, incluyendo la más reciente tomografía computarizada/resonancia magnética tridimensional de fusión -*3D fusion CT/MR*), unidos a avanzados programas de computación son obligados y nos darán las mediciones de manera muy precisa para localizar la endoprótesis que se aproxime a la anatomía particular del paciente.
6. Las intervenciones por debajo de las arterias renales son de más fácil solución por cuanto son tubulares, sin ramas importantes en el quinto segmento (V) de la aorta e ilíacas.
7. Las intervenciones en el cuarto segmento (IV) de la aorta, o en el arco, reciben el beneficio de prótesis fenestradas, esto es, con diseño de ojales para la preservación de ramas importantes.
8. Una endoprótesis para el caso que nos ocupa está diseñada de manera muy particular, con una malla interna auto-expandible con anclaje por encima de las renales, un área de solo malla que coincidirá con las arterias renales y permitirá el flujo renal, así como una parte revestida que se inicia por debajo de sus ostiums de salidas y permite excluir el aneurisma.
9. Otra manera de preservación de colaterales importantes es la incorporación de endoprótesis de menor calibre para los ramos importantes, que se insertan desde la prótesis principal y se introducen en su interior. Verdaderos malabares terapéuticos.
10. El despliegue de las endoprótesis necesita además, de equipos muy desarrollados para el diagnóstico, mediciones y el propio tratamiento; y de toda una logística capaz de atender cualquier circunstancia, así como de personal especialmente entrenado, que puede surgir desde diversas Especialidades.
11. Un detalle mandatorio, obligado, cuando se insertan estos dispositivos, es que se disponga de la presencia de un cirujano vascular y facilidades quirúrgicas para una inmediata conversión a cirugía abierta ante cualquier eventualidad.
12. En Cuba no disponemos aún de una extensión del tratamiento con endoprótesis periféricas a todo el país, pero se dan pasos importantes en el (INACV) de La Habana (oeste), el cardiocentro de Villa Clara (centro), y otros centros del oriente cubano, para su implementación y desarrollo.

EPÍLOGO

Dr. Rubén Tomás Moro Rodríguez
Angiología y Cirugía Vascular
Cardiocentro de Villa Clara. Cuba

3 de Julio de 2015

Coincidimos totalmente con el primer planteamiento del Profesor *Josep Marinell*.
Roura y decidimos: *SEGUIMIENTO DEL PACIENTE*.

Conversamos con el paciente a nivel de su entendimiento y con su aprobación hemos iniciado un tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Tenemos una investigación con un número ya elevado de aneurismas de la aorta abdominal tratado con AINES, con seguimiento en algunos casos de ocho años.

La discusión colectiva nos llevó al diagnóstico de aneurisma yuxtarenal no inflamatorio, menor de cinco cm, por lo que decidimos el seguimiento por consulta externa con estudios ultrasonográficos cada tres meses.

Hemos dejado el tratamiento quirúrgico como alternativa ante cualquier situación imprevista o signos de complicación.

En estos momentos, unos tres meses después de la presentación se encuentra exactamente igual en relación con su diámetro por lo que mantenemos la decisión inicial.

En relación a la técnica quirúrgica a realizar en el momento de la aparición de un signo de complicación, estará en función del hallazgo operatorio.

Dr. Moro.

Finalmente, queridos colegas, muchas gracias por su cooperación a todos y cada uno de los participantes. Los abrazo, Yara



Dr. Juan Enrique Yara Sánchez.

Recibido: 7 de julio de 2015.

Aprobado: 2 de agosto de 2015.

Juan Enrique Yara Sánchez. Fórum Cubano de Cirugía Vascolar.

Dirección electrónica: angiocuba@yahoo.com