



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Abordaje de la arteria femoral totalmente percutáneo versus disección quirúrgica para la reparación endovascular programada del aneurisma abdominal bifurcado (Revisión)

Gimzewska M, Jackson AIR, Yeoh SE, Clarke M

Gimzewska M, Jackson AIR, Yeoh SE, Clarke M.

Totally percutaneous versus surgical cut-down femoral artery access for elective bifurcated abdominal endovascular aneurysm repair

(Abordaje de la arteria femoral totalmente percutáneo versus disección quirúrgica para la reparación endovascular programada del aneurisma abdominal bifurcado).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD010185.

DOI: [10.1002/14651858.CD010185.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010185.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

Abordaje de la arteria femoral totalmente percutáneo versus disección quirúrgica para la reparación endovascular programada del aneurisma abdominal bifurcado (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Abordaje de la arteria femoral totalmente percutáneo versus disección quirúrgica para la reparación endovascular programada del aneurisma abdominal bifurcado

Madelaine Gimzewska¹, Alexander IR Jackson^{2,3}, Su Ern Yeoh⁴, Mike Clarke⁵¹Cochrane Vascular, Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, The University of Edinburgh, Edinburgh, UK.²University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, Southampton, UK. ³Clinical and Experimental Sciences Academic Unit,University of Southampton, Southampton, UK. ⁴College of Medicine and Veterinary Medicine, The University of Edinburgh, Edinburgh,UK. ⁵Northern Vascular Centre, Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne, UK**Dirección de contacto:** Alexander IR Jackson, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, Southampton General Hospital, Tremona Road, Southampton, S016 6YD, UK. sandyirjackson@gmail.com, a.i.jackson@soton.ac.uk.**Grupo Editorial:** Grupo Vascular.**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 2, 2017.**Referencia:** Gimzewska M, Jackson AIR, Yeoh SE, Clarke M. Totally percutaneous versus surgical cut-down femoral artery access for elective bifurcated abdominal endovascular aneurysm repair (Abordaje de la arteria femoral totalmente percutáneo versus disección quirúrgica para la reparación endovascular programada del aneurisma abdominal bifurcado). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD010185. DOI: [10.1002/14651858.CD010185.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010185.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los aneurismas aórticos abdominales (AAA) son una enfermedad vascular que tiene un riesgo significativo, en particular si se produce su rotura. Por lo tanto, es importante identificarlos y repararlos como una intervención programada antes de que se rompan y requieran cirugía de urgencia. Tradicionalmente la reparación ha consistido en una técnica quirúrgica abierta con una incisión grande a través del abdomen. Las reparaciones endovasculares de los aneurismas aórticos abdominales actualmente son una alternativa común. En este procedimiento, la arteria femoral común se expone a través de un enfoque de disección que permite introducir un injerto en el aneurisma. Esta revisión examina un enfoque totalmente percutáneo para la reparación endovascular del aneurisma. Esta técnica proporciona un enfoque mínimamente invasivo para acceder a la arteria femoral que puede reducir las tasas de complicación de la herida de la ingle y reducir el tiempo de recuperación. Sin embargo, la técnica puede ser menos aplicable en los pacientes que presentan, por ejemplo, cicatrices en la ingle o calcificación arterial. Ésta es una actualización de la revisión publicada por primera vez en 2014.

Objetivos

Esta revisión tiene como objetivo comparar los resultados clínicos del abordaje percutáneo con el abordaje por disección quirúrgica de la arteria femoral en la reparación endovascular programada del aneurisma abdominal bifurcado.

Métodos de búsqueda

Para esta actualización, el Especialista en información del Grupo Cochrane Vascular (Cochrane Vascular Group) realizó búsquedas en su registro especializado (última búsqueda en octubre de 2016) y en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL) (2016, número 9). También se realizaron búsquedas en los registros de ensayos clínicos y se comprobaron las listas de referencias de los artículos pertinentes recuperados.

Criterios de selección

Sólo se consideraron los ensayos clínicos aleatorizados. La intervención primaria fue la reparación endovascular totalmente percutánea. Se consideraron todos los tipos de dispositivo. Esta intervención se comparó con la reparación endovascular de la arteria femoral por

Abordaje de la arteria femoral totalmente percutáneo versus disección quirúrgica para la reparación endovascular programada del aneurisma abdominal bifurcado (Revisión)

1

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

disección quirúrgica. Sólo se consideraron los estudios que investigaron las reparaciones programadas. Se excluyeron los estudios que informaron cirugías de urgencia debido a la rotura de un aneurisma aórtico abdominal y los que informaron reparaciones aorto-uni-ilíacas.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión obtuvieron todos los datos de forma independiente. Debido al pequeño número de ensayos identificados no se realizó un análisis de sensibilidad formal. La heterogeneidad no fue significativa en ningún resultado.

Resultados principales

Dos estudios con un total de 181 participantes cumplieron los criterios de inclusión, 116 se sometieron a la técnica percutánea y 65 fueron tratados mediante disección de la arteria femoral. Un estudio tuvo un tamaño de muestra pequeño y no informó adecuadamente sobre el método de asignación al azar, la ocultación de la asignación ni los resultados predeterminados. El segundo estudio fue un estudio más grande con pocas fuentes de sesgo y buena calidad metodológica.

No se observaron diferencias significativas en la mortalidad entre los grupos, ya que sólo hubo en general una mortalidad en el grupo totalmente percutáneo (riesgo relativo (RR) 1,50; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,06 a 36,18; 181 participantes; evidencia de calidad moderada). Sólo un estudio informó de la exclusión del aneurisma. En este estudio se observó sólo un fracaso en la exclusión del aneurisma en el grupo de acceso a la arteria femoral mediante disección quirúrgica (RR 0,17; IC del 95%: 0,01 a 4,02; 151 participantes; evidencia de calidad moderada). No hubo infecciones de la herida en el grupo de acceso a la arteria femoral mediante disección quirúrgica ni en el grupo percutáneo en ninguno de los dos estudios (evidencia de calidad moderada).

No hubo diferencias en la tasa de complicaciones graves entre los grupos de acceso a la arteria femoral mediante disección quirúrgica y los grupos percutáneos (RR 0,91; IC del 95%: 0,20 a 1,68; 181 participantes; evidencia de calidad moderada); ni en las complicaciones hemorrágicas y el hematoma (RR 0,94; IC del 95%: 0,31 a 2,82; 181 participantes; evidencia de calidad alta).

Sólo un estudio informó sobre las tasas de complicaciones a largo plazo a los seis meses, sin diferencias entre el grupo de acceso percutáneo a la arteria femoral y el de acceso a la arteria femoral mediante disección quirúrgica (RR 1,03; IC del 95%: 0,34 a 3,15; 134 participantes; evidencia de calidad moderada).

Se detectaron diferencias en el tiempo quirúrgico, siendo el enfoque percutáneo significativamente más rápido que el acceso a la arteria femoral mediante disección quirúrgica (diferencia de medias [DM] -31,46 minutos; IC del 95%: -47,51 minutos a -15,42 minutos; 181 participantes; evidencia de calidad moderada). Sólo un estudio informó de la duración de la estancia en la UTI (unidad de tratamiento intensivo) y de la estancia en el hospital, sin que se encontraran diferencias entre los grupos.

Conclusiones de los autores

Esta revisión muestra evidencia de calidad moderada de que no hay diferencias entre el enfoque percutáneo comparado con el grupo de acceso a la arteria femoral mediante disección quirúrgica para la mortalidad a corto plazo, la exclusión del aneurisma, las complicaciones graves, la infección de la herida y las complicaciones a largo plazo (seis meses), y evidencia de calidad alta de que no hay diferencias en las complicaciones hemorrágicas y el hematoma. Hubo una diferencia en el tiempo quirúrgico, con evidencia de calidad moderada que mostró que el enfoque percutáneo era más rápido que la técnica de disección para el acceso a la arteria femoral. La calidad de la evidencia se disminuyó a moderada como resultado del número limitado de estudios, el escaso número de eventos y la imprecisión. Debido a que el número de estudios incluidos fue limitado, sería beneficioso realizar más estudios de investigación con esta técnica. Se identificó un estudio en curso en la búsqueda, que puede mejorar la base de evidencia en el futuro.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Punción de la piel versus exposición de la arteria femoral para las reparaciones mínimamente invasivas de los aneurismas aórticos abdominales

Antecedentes

Los aneurismas aórticos abdominales son dilataciones del vaso sanguíneo más grande del abdomen, la aorta abdominal, debido a la debilidad de la pared del vaso. Esta dilatación en forma de globo puede dar lugar a una rotura potencialmente mortal. La reparación del aneurisma se recomienda si se calcula que el riesgo de rotura es mayor que el riesgo de la cirugía. La mayoría de las reparaciones implican la colocación de un injerto artificial, un tubo compuesto de tela, para ayudar a reforzar la pared de la arteria. Hay dos métodos principales para la reparación. Una es una técnica abierta en la que se procede a abrir el abdomen y se utiliza un injerto para reemplazar la parte afectada del vaso. La otra técnica es la reparación endovascular del aneurisma. Con esta técnica el injerto se introduce en la aorta abdominal a través de una arteria de la ingle (la arteria femoral) y se evita una incisión abdominal grande. Esta revisión consideró un método alternativo para introducir el injerto en la arteria femoral, el abordaje percutáneo. En lugar de hacer una incisión (un corte) en la ingle para exponer la arteria femoral, se inserta una aguja en la arteria femoral y luego se inserta un cable guía flexible a través de la aguja. Se retira la aguja y se introduce un tubo plástico en la arteria femoral cubriendo el cable guía (acceso percutáneo), con un pequeño corte en la piel para permitir el paso del tubo plástico. Una vez introducido el tubo, el cable guía se puede retirar dejando el tubo en su lugar en la

arteria. El injerto y todos los demás materiales se pueden introducir en la arteria a través del tubo plástico. Una vez que el procedimiento se ha completado se puede retirar el tubo. La incisión superficial generalmente se puede cerrar con un punto.

Características de los estudios y resultados clave

Esta actualización encontró dos estudios que compararon la disección de la arteria con la técnica percutánea (actualizada hasta octubre de 2016). Uno fue un estudio pequeño con 30 participantes, el otro un estudio más grande y sólido con 151 participantes. El estudio más grande fue de alta calidad con bajo riesgo de sesgo. El estudio más pequeño no informó sobre los métodos de asignación al azar, cómo se ocultó la asignación al azar ni los resultados de interés predeterminados. En conjunto, los estudios tuvieron 181 participantes; 116 se sometieron a la técnica de disección y 65 a la técnica percutánea.

Ambos estudios compararon las tasas de muerte, las complicaciones graves, las infecciones de las heridas, las complicaciones hemorrágicas y la duración de la cirugía. En general, no se encontraron diferencias en las tasas de muerte (evidencia de calidad moderada), las complicaciones graves (evidencia de calidad moderada) o las complicaciones hemorrágicas entre las técnicas percutáneas y de disección (evidencia de calidad alta). No hubo infecciones en las heridas (evidencia de calidad moderada). La cirugía tomó menos tiempo (evidencia de calidad moderada) en el grupo percutáneo en comparación con el grupo de disección.

Sólo un estudio informó si la pared del aneurisma se reforzó de manera exitosa (comprobado mediante tomografía computarizada, evidencia de calidad moderada), sobre las complicaciones a los seis meses, (evidencia de calidad moderada); y sobre el tiempo que los participantes pasaron en una unidad de tratamiento intensivo (UTI). No se encontraron diferencias entre los grupos de disección y percutáneo.

Calidad de la evidencia

Esta revisión muestra evidencia de calidad moderada de que no hay diferencias entre el grupo de enfoque percutáneo en comparación con el grupo de acceso mediante disección a la arteria femoral sobre la mortalidad a corto plazo, la exclusión de los aneurismas (sellado de los aneurismas), las complicaciones graves, la infección de la herida y las complicaciones a largo plazo (seis meses) y evidencia de calidad alta de que no hay diferencias en las complicaciones hemorrágicas. Hubo una diferencia en el tiempo quirúrgico, con evidencia de calidad moderada que mostró que el enfoque percutáneo era más rápido que la técnica de disección para el acceso a la arteria femoral. La calidad de la evidencia se disminuyó a moderada debido al pequeño número de estudios, las tasas de eventos generales y la imprecisión (diferencias alrededor del nivel del efecto).