



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Cirugía laparoscópica para la reparación electiva del aneurisma aórtico abdominal (Revisión)

Robertson L, Nandhra S

Robertson L, Nandhra S.

Laparoscopic surgery for elective abdominal aortic aneurysm repair  
(Cirugía laparoscópica para la reparación electiva del aneurisma aórtico abdominal).

*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD012302.

DOI: [10.1002/14651858.CD012302.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012302.pub2).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

---

**Cirugía laparoscópica para la reparación electiva del aneurisma aórtico abdominal (Revisión)**

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

**WILEY**

[Revisión de intervención]

# Cirugía laparoscópica para la reparación electiva del aneurisma aórtico abdominal

Lindsay Robertson<sup>1</sup>, Sandip Nandhra<sup>2</sup><sup>1</sup>Department of Vascular Surgery, Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne, UK. <sup>2</sup>Department of Vascular Surgery, Health Education North East, Durham, UK**Contacto:** Lindsay Robertson, Department of Vascular Surgery, Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, High Heaton, Newcastle upon Tyne, NE7 7DN, UK. [lindsay.robertson@nuth.nhs.uk](mailto:lindsay.robertson@nuth.nhs.uk), [lindsay.robertson@ed.ac.uk](mailto:lindsay.robertson@ed.ac.uk).**Grupo Editorial:** Grupo Vascular.**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 5, 2017.**Referencia:** Robertson L, Nandhra S. Laparoscopic surgery for elective abdominal aortic aneurysm repair (Cirugía laparoscópica para la reparación electiva del aneurisma aórtico abdominal). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD012302. DOI: [10.1002/14651858.CD012302.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012302.pub2).

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

## RESUMEN

### Antecedentes

El aneurisma aórtico abdominal (AAA) es una dilatación anormal de la aorta infradiaphragmática igual o mayor que 30 mm, o una dilatación local igual o mayor que un 50% en comparación con el diámetro normal esperado de la arteria. Los AAA ocurren con poca frecuencia en individuos menores de 50 años de edad, aunque posteriormente la prevalencia aumenta de manera extraordinaria con la edad, y se observa un riesgo seis veces mayor de desarrollo de un AAA en los hombres que en las mujeres. Se ha informado que la prevalencia del AAA varía de un 1,3% en las mujeres de 65 a 80 años de edad a entre un 4% y un 7,7% en los hombres de 65 a 80 años de edad.

Hay evidencia de que el riesgo de rotura aumenta a medida que aumenta el diámetro del aneurisma de 50 mm a 60 mm. Por lo tanto, los pacientes con un AAA mayor que 55 mm de diámetro por lo general son derivados para la consideración de la reparación, debido a que el riesgo de rotura excede el riesgo de la reparación. El tratamiento tradicional para el AAA es la reparación quirúrgica abierta (RQA) que incluye una incisión abdominal grande y se asocia con un riesgo significativo de complicaciones. Recientemente, dos procedimientos menos invasivos han comenzado a usarse más ampliamente: **la reparación endovascular del aneurisma (REVA)** y la reparación laparoscópica. La REVA se realiza a través de vainas insertadas en la arteria femoral en la ingle: posteriormente, se coloca un injerto de stent dentro del saco del aneurisma bajo guía de imágenes radiológicas y se implanta para formar un canal nuevo para el flujo sanguíneo. La reparación laparoscópica incluye el uso de un laparoscopio que se inserta a través de cortes pequeños en el abdomen y el injerto sintético se cose en el lugar para reemplazar el área debilitada de la aorta. La reparación laparoscópica del AAA se clasifica en dos categorías: cirugía laparoscópica asistida manualmente (CLAM), en la que se realiza una incisión para permitir que la mano del cirujano ayude en la reparación; y cirugía laparoscópica total (CLT). Tanto la REVA como la reparación laparoscópica son favorables sobre la RQA debido a que son mínimamente invasivas, son menos dolorosas, se asocian con menos complicaciones y una tasa de mortalidad inferior y tienen una duración más corta de la estancia hospitalaria.

Las pruebas actuales indican que la reparación laparoscópica electiva del AAA tiene un perfil de seguridad favorable equivalente al de la REVA, con tasas bajas de conversión así como tasas similares de mortalidad y morbilidad. Como resultado, se ha sugerido que la reparación laparoscópica electiva del AAA puede tener una función en el tratamiento de los pacientes para los que la REVA no es apropiada.

### Objetivos

Evaluar los efectos de la cirugía laparoscópica para la reparación electiva del aneurisma aórtico abdominal.

El objetivo primario de esta revisión era evaluar la mortalidad perioperatoria y la duración de la cirugía de la reparación quirúrgica laparoscópica (total y asistida manualmente) de los aneurismas aórticos abdominales (AAA) en comparación con la reparación quirúrgica abierta tradicional o la REVA. El objetivo secundario era evaluar las tasas de complicación, la mortalidad por todas las causas (> 30 días), la

duración de la estancia hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos (UCI), las tasas de conversión y de nueva intervención y la calidad de vida asociada con la reparación quirúrgica laparoscópica (total y asistida manualmente) en comparación con la reparación quirúrgica abierta tradicional o la REVA.

### Métodos de búsqueda

El especialista en información del Grupo Cochrane Vascular (Cochrane Vascular Group) buscó en el registro especializado (última búsqueda agosto 2016) y en CENTRAL (2016, número 7). Además, el especialista buscó los detalles de estudios en curso y no publicados en los registros de ensayos. Se hicieron búsquedas en las listas de referencias de los artículos relevantes recuperados mediante las búsquedas electrónicas para obtener citas adicionales.

### Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios y ensayos clínicos controlados en los cuales los pacientes con un AAA fueron sometidos a la reparación laparoscópica electiva (reparación laparoscópica total o reparación laparoscópica asistida manualmente) en comparación con la reparación quirúrgica abierta o la REVA.

### Obtención y análisis de los datos

Al menos dos autores de la revisión evaluaron de forma independiente los estudios identificados para su posible inclusión.

### Resultados principales

Se incluyó en la revisión un ensayo controlado aleatorio con un total de 100 participantes masculinos. El ensayo comparó la reparación laparoscópica asistida manualmente con la REVA y proporcionó resultados para la mortalidad hospitalaria, la duración de la cirugía, la duración de la estancia hospitalaria y la isquemia de los miembros inferiores. El estudio incluido no informó los otros resultados planificados previamente de esta revisión. No ocurrieron muertes hospitalarias en el estudio. La reparación laparoscópica asistida manualmente se asoció con una duración más larga de la cirugía (DM 53,00 minutos, IC del 95%: 36,49 a 69,51) que la REVA. La incidencia de isquemia del miembro inferior fue similar entre los dos grupos de tratamiento (cociente de riesgos [CR] 0,50; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,05 a 5,34). La duración media de la estancia hospitalaria fue de 4,2 días y 3,4 días en los grupos de reparación laparoscópica asistida manualmente y de REVA respectivamente aunque no se informaron las desviaciones estándar y por lo tanto no fue posible analizar de forma independiente la significación estadística de este resultado. La calidad de las pruebas se disminuyó debido a la imprecisión causada por la inclusión de un estudio pequeño; y a los intervalos de confianza amplios y la imposibilidad para generalizar la evidencia debido a que el estudio incluyó solo participantes masculinos. Ningún estudio comparó la reparación laparoscópica (total o asistida manualmente) con la reparación quirúrgica abierta ni la reparación quirúrgica laparoscópica total con la REVA.

### Conclusiones de los autores

Hay evidencia insuficiente para establecer cualquier conclusión acerca de la efectividad y la seguridad de la reparación quirúrgica laparoscópica (total y asistida manualmente) del AAA versus reparación quirúrgica abierta o REVA, debido a que sólo un ensayo aleatorio pequeño reunió los requisitos para la inclusión en esta revisión. Se necesitan ensayos controlados aleatorios de alta calidad.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Cirugía laparoscópica para el aneurisma aórtico abdominal

#### Antecedentes

Un aneurisma aórtico abdominal (AAA) es un ensanchamiento anormal de la aorta abdominal, la arteria principal que provee sangre a los órganos en el abdomen y la parte inferior del cuerpo. Cerca de un 4% a un 7% de los hombres mayores de 65 años de edad tienen un AAA, aunque es menos común en las mujeres. Los aneurismas mayores que 55 mm de diámetro conllevan un alto riesgo de rotura que dan lugar a la muerte; aproximadamente un 60% de los pacientes que presentan la rotura del AAA mueren antes de llegar al hospital. Los pacientes con AAA mayores que 55 mm por lo general son derivados para la reparación, debido a que el riesgo de rotura excede el riesgo de la reparación. Hay tres métodos para reparar un AAA: intervención quirúrgica, reparación endovascular del aneurisma (REVA) y reparación laparoscópica. La intervención quirúrgica incluye la realización de un corte grande en el abdomen, después del cual se expone y se abre la aorta abdominal y se cose un injerto sintético (tubo) en dicho sitio para reemplazar el área debilitada de la aorta. La REVA incluye la realización de un corte en el área de la ingle, después del cual se inserta un injerto de stent en forma colapsada que se abre dentro del aneurisma bajo guía de rayos X y se implanta con un stent. La reparación laparoscópica o la cirugía del AAA mínimamente invasiva (keyhole) se realiza mediante cortes muy pequeños en el abdomen del paciente, después de los cuales se inserta un telescopio fino (laparoscopia) a través de estos cortes y se cose el injerto sintético en dicho sitio. Los beneficios de la REVA y la reparación laparoscópica son que requieren incisiones más pequeñas, son menos dolorosas, presentan menos complicaciones, una tasa de mortalidad inferior y una estancia hospitalaria más corta que la reparación quirúrgica. Las pruebas actuales indican que la REVA es el enfoque preferido para la reparación del AAA. Sin embargo la reparación laparoscópica del AAA se ha sugerido como una opción segura y efectiva para el tratamiento de dichos pacientes para los que la REVA no es apropiada. Esta revisión procuró evaluar los efectos de la cirugía laparoscópica para los aneurismas aórticos abdominales.

---

### Características de los estudios y resultados clave

La revisión incluyó un ensayo controlado aleatorio (actualizado hasta agosto de 2016), que estudió a 100 participantes masculinos y que comparó la reparación laparoscópica asistida manualmente con la REVA. No ocurrieron muertes hospitalarias durante el estudio. El ensayo indicó que la reparación laparoscópica asistida manualmente tuvo una duración mayor que la REVA aunque no hubo diferencias en el número de pacientes con una reducción en el flujo sanguíneo de la pierna luego de cualquiera de los tratamientos.

### Calidad de la evidencia

En la actualidad, hay una falta de ensayos controlados aleatorios que examinen la efectividad y la seguridad comparativas de la reparación laparoscópica del AAA. La calidad de la evidencia disponible fue imprecisa debido a la inclusión de un estudio pequeño, los intervalos de confianza amplios, y la imposibilidad de generalizar la evidencia debido a que el estudio incluyó a participantes masculinos solamente.

### Conclusiones

Se necesita investigación adicional antes de poder establecer conclusiones.