



Original

Estudio de prevalencia del aneurisma de aorta abdominal en una consulta de atención primaria

Ana María García Rodríguez^{a,*}, Miguel José Sánchez Velasco^b

^aCentro de Salud Delicias I. Valladolid. ^bServicio de Inspección y evaluación de Centros. Gerencia Regional de Salud. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de noviembre de 2022

Aceptado el 26 de junio de 2023

On-line el 27 de julio de 2023

Palabras clave:

Aneurisma

Aorta abdominal

Atención primaria

Factores de riesgo

Enfermedad aórtica

R E S U M E N

Objetivos. El crecimiento silente del diámetro anteroposterior de la aorta abdominal (DAP) aumenta el riesgo de trombosis o ruptura de forma catastrófica a partir de los 30 mm. El control de factores de riesgo, como hipertensión, tabaquismo, dislipemia, diabetes, puede disminuir dicho riesgo.

Método. Estudio descriptivo transversal y aleatorio en 266 pacientes que acuden a consulta por diferentes causas. Se valora la presencia de dislipemia, hipertensión, antecedentes, tabaquismo, diabetes, cardiopatía o arteriopatía con exploración ecográfica anteroposterior de la aorta abdominal. Estimación lineal del crecimiento de dicho diámetro para conocer edades de riesgo y prevalencia en función de factores de riesgo.

Resultados. Con una edad media de 58 años para ambos sexos y un diámetro medio anteroposterior de 1,7 cm (IC 95 % 1,6-1,7) y en hombres de 1,8 cm (IC 95 % 1,7-1,9), solo un paciente tuvo que ser derivado e intervenido por hallazgo casual de aneurisma aórtico superior a 5 cm. Casi el 32 % de los pacientes que presentaban factores de riesgo tenían diámetros superiores a 2 cm; en los fumadores la edad de riesgo se acercaba a los 55 años.

Conclusiones. Se debe incluir en la exploración abdominal el DAP y valorar la presencia de factores de riesgo como tabaquismo, ser varón, hipertensión arterial, diabetes mellitus y arteriopatía desde los 55 años, así como monitorización del diámetro con dintel de 34 mm o presencia de trombos para su valoración en el ámbito especializado. Es fundamental el control de estos factores de riesgo cardiovascular en el ámbito de la atención primaria.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amgarrod@saludcastillayleon.es (A.M. García Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.026>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Prevalence study of abdominal aortic aneurysm in a Primary Care consultation

A B S T R A C T

Keywords:

Aneurysm
Abdominal aorta
Primary Care
Risk factors
Aortic disease

Objectives. The silent growth of the anteroposterior diameter of the abdominal aorta increases the risk of thrombosis and/or rupture catastrophically from 30 mm. The control of certain risk factors, such as hypertension, smoking, dyslipidemia, diabetes, could decrease this risk.

Method. Randomized cross-sectional descriptive study in 266 patients who come to the consultation for different causes and the presence of dyslipidemia, hypertension, history, smoking, diabetes, heart disease and/or arteriopathy with anteroposterior ultrasound examination of the abdominal aorta is assessed. Linear estimation of the growth of this diameter to know risk ages and prevalence depending on risk factors.

Results. With a mean age of 58 years for both sexes and a mean anteroposterior diameter of 1.7 cm (95 % CI 1.6-1.7) and in men of 1.8 cm (95 % CI 1.7-1.9), only one patient had to be referred and operated on for a chance finding of aortic aneurysm greater than 5 cm. Almost 32 % of patients with risk factors had diameters greater than 2 cm and in those with smoking, the age of risk was close to 55 years.

Conclusions. We must include in the abdominal examination the anteroposterior infrarenal diameter and assessing the presence of risk factors such as smoking, to be male, hypertension, diabetes, arteriopathy with monitoring of the diameter and presence of thrombi from approximately 55 years, reaching 34 mm the linternas for specialized assessment. It is essential to control these above-mentioned risk factors such in the field of Primary Care.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

Es de sobra conocida la emergencia catastrófica que supone la rotura de un aneurisma de la aorta abdominal (AAA). El crecimiento silente de su diámetro puede pasar inadvertido hasta que, bien en una exploración casual o bien dirigida por sintomatología abdominal, se descubre un diámetro anteroposterior en rango aneurismático que invita a su vigilancia hasta los 5 cm, donde se puede valorar una intervención quirúrgica^{1,2}. La aparición de episodios adversos, como trombos en su interior, y la concurrencia de factores de riesgo cardiovascular pueden alertar de la necesidad de una prevención primaria que disminuya la morbimortalidad asociada a la enfermedad aórtica. La ecografía es el estándar de oro para la detección del AAA por sus elevadas sensibilidades (97,5-100 %) y especificidad (94,1-100 %)^{3,4}.

Los síndromes aórticos agudos pueden ocurrir en cualquiera de las cinco zonas anatómicas de la aorta (raíz, torácica ascendente, arco aórtico, torácica descendente y abdominal), pero la más infrecuente es la localización abdominal^{1-4,5}. En la clasificación de Stanford, las lesiones tipo A afectan a la raíz y la aorta torácica ascendente; las lesiones tipo B, al arco aórtico y la aorta torácica descendente. Ambas requieren intervención quirúrgica urgente por alto riesgo de rotura^{1,2,4} y la presencia de comorbilidades ensombrece el pronóstico⁴.

La mayor parte del grosor de la pared aórtica la ocupa la capa media, ancha y elástica, con muchas fibras de elastina

(para adaptarse al gasto cardíaco y a los cambios de volumen con cada contracción cardíaca, como las arterias pulmonares), colágeno y pocas fibras musculares lisas. El resto de las arterias de la economía contiene una proporción inversa, con poca elastina y muchas fibras musculares lisas para regular el flujo sanguíneo^{5,6}. El debilitamiento de la pared de la aorta infrarenal, que da lugar a una dilatación de esta con un diámetro anteroposterior (AP) de 3 cm o superior, constituye el AAA⁷. Suele ser silente hasta su ruptura, y ocasiona una alta mortalidad (59-83 %) antes del ingreso hospitalario^{1,2,5-7}.

El AAA forma parte de los síndromes aórticos agudos que precisan un diagnóstico radiológico e intervención inmediata. Según la localización de la lesión primaria en la pared (íntima, media y adventicia), la disección afecta a la capa media; si presenta una úlcera penetrante en la íntima o como un aneurisma que afecta a las tres capas. Un hematoma intramural es un epifenómeno en cualquiera de estas tres entidades^{4,5}.

En varios estudios se demuestra que una única detección en varones mayores de 65 años puede reducir la mortalidad relacionada con el AAA (hasta el 50 % entre 13 y 15 años, con beneficios a los 4 años mantenidos durante una década) y la necesidad de una reparación inmediata, aunque no se relaciona con los beneficios de mortalidad por todas las causas^{8,9}.

El crecimiento medio del DAP es de 2,3 mm/año y de 0 a 1,6 roturas por 100 personas/año. Por cada 0,5 cm de aumento de diámetro de AAA, la tasa de crecimiento aumentó 0,5 mm/año y la tasa de rotura se duplicó^{9,10}. Estos crecimientos medios suelen ser más altos en fumadores y menores en diabéticos^{4,11,12};

la rotura es rara (< 1 %) en aorta de 2,5 a 2,9 cm durante una media de 13,2 años^{4,8,10}.

Entre los factores de riesgo, el tabaquismo es el factor modificable más importante para el desarrollo y crecimiento de AAA¹⁰; la edad avanzada, el sexo femenino, el tabaquismo y la hipertensión arterial se asocian a un mayor riesgo de rotura en AAA pequeños (3-5,4 cm)^{4,8}.

En la literatura se sugieren intervalos de vigilancia de varios años que pueden ser válidos para AAA de 3 a 4 cm, de 1 año para 4 a 4,9 cm, y 6 meses para 5 a 5,4 cm^{9,10}. Es fundamental considerar el control o incluso la intervención terapéutica en el caso del tabaquismo para ambos sexos y la vigilancia en factores predisponentes tanto familiares como terapéuticos en la formación de trombos¹².

El uso de determinadas terapias antibióticas, como las quinolonas, también aumenta el riesgo de disección y de rotura⁸.

Objetivo

Se plantea un estudio observacional transversal de los pacientes de la consulta de atención primaria (AP), a los que se efectúa medición ecográfica de la aorta abdominal (AA) con el objetivo de detectar tanto imágenes sospechosas de AAA como de caracterizar las medidas de los diámetros anteroposterior y transversal con identificación de factores de riesgo cardiovascular.

La finalidad es detectar pacientes que puedan beneficiarse de una prevención primaria y de seguimiento reglados en los que se compruebe una dilatación aórtica (generalmente silente), pero de derivación inmediata a Cirugía Vasculosa en los que se evidencie una aorta en rango aneurismático, para su consideración médico-quirúrgica pertinente, ya que la rotura suele ser mortal. También para establecer un procedimiento de seguimiento en todos los que cumplan criterios a medio plazo (1 a 2 años) para ser considerados de alto riesgo, tanto por tamaño como por velocidad de crecimiento según una estimación lineal a razón de 2,3 mm/año.

Se trata de pacientes que acuden a consulta tanto por dolor abdominal o dorsolumbar, síncope, hipotensión o debilidad de las extremidades inferiores, como quienes se presten a la prueba voluntariamente y tras su consentimiento firmado, de abril a septiembre de 2021, y hasta completar un tamaño muestral de 250 a 300 pacientes.

Metodología

Se trata de un estudio observacional transversal en una muestra aleatoria de pacientes que acuden a consulta por diferentes motivos. Se les explica y se pide su autorización por escrito para explorar el abdomen con ecografía. En este estudio se excluyen pacientes que presentan sintomatología abdominal compatible con un síndrome aórtico o los que ya están en seguimiento por Cirugía Vasculosa o no consienten.

La AA se escanea en sus planos longitudinal y transversal, desde su sección proximal epigástrica (plano subcostal) hasta su bifurcación distal en las arterias ilíacas, con medida del diámetro anteroposterior (DAP) y diámetro transversal (DAT). También se aplica el eco *doppler* para comprobar el flujo arterial.

Los pacientes son clasificados en grupos en función del tamaño de la aorta:

1. Normal, con diámetros menores de 3 cm.
2. Dilatación con diámetros comprendidos entre 3 y 5,4 cm.
3. Rango aneurismático con diámetro superior de 5,4 cm.

Se valora la presencia de factores de riesgo, como la edad, sexo, tabaquismo, antecedentes familiares de AAA, arteriopatía, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, aterosclerosis, y enfermedad cerebrovascular. Se registra la presencia de trombo en la luz vascular.

Se descarta AAA con DAP menores de 3 cm o cuando alguna de las ilíacas es mayor de 1,5 cm.

Como limitaciones hemos encontrado la visualización deficitaria de la AA en toda su extensión por interposición de abundante grasa o gas abdominal, ascitis o dolor abdominal.

Instrumentación: ecógrafo de bolsillo con sonda sectorial de baja frecuencia (2 a 5 MHz).

Tanto con diámetros como con factores de riesgo, se procede a estudio estadístico descriptivo con un error alfa de 5 %. Posteriormente se calcula de forma lineal una proyección del DAP en tamaños, edades, sexos y factores de riesgo, considerando un crecimiento de 2,3 mm al año, y se establece una priorización de riesgo, bien en función del tamaño, bien del tiempo que tarda en adquirir tamaños de riesgo. También se estudia la relación DAP/DAT: se estima en 1 para poner en evidencia cambios estructurales con la edad o el sexo.

Resultados

La muestra fue de 266 pacientes (tras la retirada por pérdidas de 33 casos), con una distribución por sexos de 135 mujeres (M) (50,7 %) y 131 hombres (H) (49,1 %), y un rango de edad de 15 a 101 años.

La edad media fue de 58 años (IC95 % 54-61) tanto en hombres como en mujeres. La media del DAP en mujeres fue de 1,7 cm (IC95 % 1,6-1,7) y en hombres de 1,8 cm (IC95 % 1,7-1,9). La media del DT en mujeres fue de 1,8 cm (IC95 % 1,7-1,9) y en hombres de 2,1 cm (IC95 % 2-2,2). El 68,7 % de la muestra (183 pacientes) tenían diámetros menores de 2 cm, por lo que no fueron objeto de ulterior estudio.

Por tamaños del DAP se presenta la [tabla 1](#) con la prevalencia de varones en cifras de DAP superiores a más de 25 mm; la ocurrencia de episodios o la prevalencia de factores de riesgo en la [tabla 2](#), en la que destaca la prevalencia de la hipertensión arterial y diabetes en ambos sexos y la dislipemia en varones para DAP superiores a 25 mm, así como la presencia de trombos en DAP superiores a 30 mm.

Las principales causas de consulta por sexos se reflejan en la [tabla 3](#). Por tramos de edad, los pacientes que acudieron a consulta lo hicieron principalmente por dolor y mareo y la disnea fue la causa de consulta principal en mayores de 60 años, aunque en los tramos de riesgo (superiores a 40-50 años), predominaron tanto la disnea como los mareos y dolores de todo tipo.

Al establecer la prioridad en función del sexo y el episodio, llama la atención la predominancia de los varones con DAP superiores a 20 mm (la [tabla 4](#) refleja el tamaño aproximado del DAP). Se ha calculado el tiempo que tardaría en adquirirse

Tabla 1 – Prevalencia y descriptores según tramos de diámetro independientemente de la concurrencia de eventos y factores de riesgo.

Más de 30 mm						
	N	%	Media	DS	Lim. inf.	Lim. sup.
Edad (años)	3	1,1	58,47	19,99	35,85	81,09
AP (mm)	4		40,25	5,44	34,92	45,58
AT (mm)	4		41,25	11,81	29,67	52,83
Más de 25 mm y menos de 30 mm						
	N	%	Media	DS	Lim. inf.	Lim. sup.
Edad (años)	13	4,8	63,31	20,59	52,12	74,50
AP (mm)	13		26,69	1,38	25,94	28,07
AT (mm)	13		27,85	4,86	25,21	30,49
Más de 20 mm y menos de 25 mm						
	N	%	Media	DS	Lim. inf.	Lim. sup.
Edad (años)	66	24,8	62,74	17,38	58,55	66,94
AP (mm)	66		21,17	1,21	20,87	21,46
AT (mm)	66		21,95	3,88	21,02	22,89
Más de 30 mm y menos de 35 mm						
	N	%	Media	DS	Lim. inf.	Lim. sup.
Edad varones	12	4,5	62,75	20,59	51,10	74,40
AP varones (mm)	12		26,50	1,38	25,72	27,28
AT varones (mm)	12		28,17	4,86	25,42	30,92
Más de 25 mm y menos de 30 mm						
	N	%	Media	DS	Lim. inf.	Lim. sup.
Edad mujeres	1		70,00			
AP mujeres (mm)	1					
AT mujeres (mm)	1					
Más de 20 mm y menos de 25 mm						
	N	%	Media	DS	Lim. inf.	Lim. sup.
Edad varones (años)	35	13,1	61,43	19,94	54,82	68,03
AP varones (mm)	35		21,23	1,33	20,79	21,67
AT varones (mm)	35		22,80	4,04	21,46	24,14
Más de 15 mm y menos de 20 mm						
	N	%	Media	DS	Lim. inf.	Lim. sup.
Edad mujeres (años)	31	11,7	64,23	14,13	59,25	69,20
AP mujeres (mm)	31		21,10	1,08	20,72	21,48
AT mujeres (mm)	31		21,00	3,51	19,76	22,24

AP: diámetro anteroposterior; AT: diámetro transversal.

Tabla 2 – Prevalencia de eventos y de factores de riesgo en función del tamaño del DAP y el sexo en diámetros superiores a 20 mm.

	Aparición del evento								
	Trombo	Ateroma	HTA	Dislipemia	Diabetes	Arteriopatía	Cardiopatía	Ant. familiares	Tabaco
Varones > 30 mm	50%	0%	50%	50%	25%	25%	0%	0%	25%
Varones > 25 mm	8%	24%	48%	48%	24%	24%	8%	8%	16%
Mujeres > 25 mm	0%	0%	100%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Varones > 20 mm	8%	25%	45%	42%	40%	11%	3%	6%	17%
Mujeres > 20 mm	3%	9%	45%	38%	41%	3%	3%	0%	12%

un tamaño de riesgo (tabla 5) y ser susceptible de ser derivado al ámbito especializado. Cabe destacar la precocidad en que aparecerían DAP de riesgo en las mujeres con trombos, antecedentes familiares y tabaquismo, este último también en común con los varones.

Solo la presencia de trombos en varones ha resultado ser significativa: OR 4,3 (IC95 % 1,09-4,8) y $p=0,025$.

Tampoco hay variaciones estadísticamente significativas entre DAP y DAT cuando estas son mayores de 20 mm y menores de 30 mm ($p=0,26$) para cualquier edad y sexo. Hay

Tabla 3 – Motivos de consulta por edades y sexo que motivaron la ecografía abdominal consentida.

		De 0 a 20	De 21 a 40	De 40 a 60	De 60 a 80	Más de 80	Total
	Varones	8	18	37	45	23	131
	Mujeres	6	20	44	48	17	135
	Total	14	38	81	93	40	266
		Motivo de consulta					
Varón	Patología 1	Trauma	Dolores	Dolor art.	Dolores	Dolores	
	Patología 2	Dolor	ORL	Mareos	Dermopatía	Disnea	
	Patología 3	Mareo	Dermopatía	Varios	Varios	Mareo	
Mujer	Patología 1	Dolor	Dolores	Dolores	Dolores	Disnea	
	Patología 2	Dermopatía	Gestación	Dermopatía	Mareos	Dolores	
	Patología 3		Varios	Metabolopatía	Disnea	ITU	

Tabla 4 – Priorización en función del sexo, factores de riesgo y eventos con respecto del tamaño del diámetro anteroposterior de la aorta abdominal.

Sexo	Variable	Promedio (mm)	Desviación	N	Límite menor	Límite superior
Varón	Trombo	24,6	13,9	10,0	16,0	33,2
Varón	Antecedentes familiares	20,5	4,7	6,0	16,7	24,3
Varón	Arteriopatía	21,0	6,0	16,0	18,1	23,9
Varón	Ateroma	20,4	4,0	19,0	18,6	22,2
Mujer	Trombo	17,3	4,2	3,0	12,6	22,0
Varón	Hipertensión arterial	19,4	4,7	57,0	18,2	20,6
Varón	Dislipemia	19,4	4,4	54,0	18,3	20,6
Varón	Diabetes	19,3	4,0	38,0	18,0	20,6
Mujer	Hipertensión arterial	18,6	6,6	47,0	16,7	20,5
Varón	Tabaquismo	18,5	5,6	32,0	16,6	20,4
Mujer	Cardiopatía isquémica	15,8	4,8	5,0	11,6	20,0
Varón	Cardiopatía isquémica	17,8	3,6	12,0	15,8	19,9
Mujer	Dislipemia	17,9	6,0	54,0	16,3	19,5
Mujer	Diabetes	17,8	3,6	40,0	16,7	18,9
Mujer	Ateroma	16,1	3,9	15,0	14,1	18,1
Mujer	Arteriopatía	16,2	2,7	14,0	14,8	17,6
Mujer	Tabaquismo	15,7	3,7	32,0	14,4	17,0
Mujer	Antecedentes familiares	13,1	4,1	9,0	10,4	15,8

una posible significación estadística en la relación DAP/DAT en valores menores de 20 mm.

Comentario

Aunque la prevalencia en nuestro estudio no llega al 1 % de casos quirúrgicos inmediatos, es importante constatar que hasta un 5 % de nuestra población estudiada puede presentar cifras que invitan a una vigilancia más o menos regular y fundamentalmente si concurren factores de riesgo. Esta vigilancia sería conveniente de forma anual o bianual, dado que el crecimiento de la aorta a un ritmo de 0,16-0,2 cm por año invita a pensar que en cuestión de 10-15 años estos pacientes pueden ser candidatos quirúrgicos, y más si concurren factores de riesgo, de acuerdo con las recomendaciones encontradas en varios autores^{6,11}.

En nuestro estudio destaca el tamaño de la aorta en los hombres, en rangos próximos a los 3 cm, con una relación hombre/mujer 12/1, aunque en DAP menores la relación se iguala en ambos sexos. También se destaca en ellos la presencia de ateroma, arteriopatía periférica, antecedentes familiares y tabaquismo en el tramo de mayores de 2 cm, de acuerdo con la literatura^{4,8}.

Aunque el único caso de AAA hallado fue en un paciente de 70 años (0,3 %), las dilataciones aneurismáticas mayores de 3 cm se corresponden con el tramo de menor edad media (58 años, 4,8 %); estos pacientes presentan un mayor porcentaje de tabaquismo (25 %), sufren arteriopatía periférica (25 %) y el 50 % presenta trombos en la luz de la aorta, así como alta prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión y dislipemia, de acuerdo con las cifras aportadas en la literatura referidas a los varones dada la baja casuística femenina.

El dolor fue la causa más prevalente de consulta en todos los estratos etarios. Su origen y manifestaciones fueron del

Tabla 5 – Priorización en función de sexo, eventos y tiempo que tardaría en adquirir diámetros de riesgo de AAA. También se refleja una estimación lineal aproximada de las edades de adquisición de dichos tamaños.

Sexo	Variable	30 mm	40 mm	50 mm	Edad promedio	30 mm	40 mm	50 mm
Varón	Trombo	2,3	6,7	11,0	68,4	70,7	77,4	88,5
Varón	Arteriopatía	4,1	8,5	12,8	71,4	75,6	84,0	96,9
Varón	Antecedentes familiares	3,9	8,3	12,6	75,0	78,9	87,2	99,8
Varón	Ateroma	4,2	8,5	12,9	72,2	76,3	84,8	97,7
Varón	Dislipemia	5,5	9,9	14,2	71,6	77,1	87,0	101,2
Varón	Hipertensión arterial	4,6	8,9	13,3	66,4	71,0	79,9	93,2
Varón	Diabetes	4,6	8,9	13,3	67,3	71,9	80,9	94,2
Mujer	Hipertensión arterial	4,7	9,0	13,3	65,9	70,6	79,6	92,9
Varón	Tabaquismo	4,9	9,3	13,6	44,1	49,0	58,3	71,9
Mujer	Dislipemia	5,0	9,3	13,7	70,2	75,2	84,6	98,3
Varón	Cardiopatía isquémica	6,2	10,5	14,9	72,3	78,4	88,9	103,8
Mujer	Diabetes	5,3	9,6	14,0	67,4	72,7	82,3	96,3
Mujer	Trombo	5,3	9,6	14,0	42,4	47,7	57,3	71,3
Mujer	Arteriopatía	5,3	9,7	14,0	60,0	65,3	75,0	89,0
Mujer	Ateroma	6,0	10,4	14,7	63,6	69,6	80,0	94,7
Mujer	Cardiopatía isquémica	6,0	10,3	14,7	68,2	74,2	84,5	99,2
Mujer	Tabaquismo	6,2	10,6	14,9	48,8	55,0	65,5	80,4
Mujer	Antecedentes familiares	7,3	11,7	16,0	49,4	56,7	68,4	84,5

todo variados, aunque no debemos olvidar procesos más sutiles, como debilidad en las extremidades inferiores y mareos, como motivos de consulta habituales que pudieran llevara a la sospecha diagnóstica⁴.

A la luz de las tablas calculadas de estimación lineal de crecimiento y su priorización, los varones adquirirían mayores DAP antes que las mujeres para la mayoría de los factores de riesgo; debutarían en la senectud, en la que la comorbilidad puede ser determinante en su solución quirúrgica, sin olvidar que la coexistencia de varios factores puede adelantar el proceso o incluso desencadenar otros como la rotura, episodio que puede ocurrir en mujeres con menor DAP que los varones^{8,11,12}.

Esta estimación lineal es conservadora, dado que muchos estudios apuntan a que pudiera tener un crecimiento exponencial en caso de determinadas premisas^{9,10}.

A la hora del control de factores como dislipemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus, el entrenamiento físico en pacientes con AAA es seguro, ya que mejoró el umbral anaeróbico y el consumo de oxígeno-pico¹³, y puede considerarse una importante baza terapéutica, por otra parte, pilar fundamental del tratamiento de estos procesos de riesgo cardiovascular¹². No deberíamos olvidar la aparición de riesgos de disección por el uso de antibioterapia como las quinolonas en patología urinaria de alta prevalencia⁸.

Conclusiones

Puede ser útil identificar pacientes de riesgo con un perfil determinado (varones, tabaquismo, dislipemia, hipertensión y diabetes, o la presencia de procesos intercurrentes como arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica o antecedentes familiares).

No debemos olvidar que las mujeres con antecedentes familiares, tabaquismo, diabetes y trombos pueden presentar riesgo de rotura o disección con diámetros anteroposteriores menores respecto de los varones.

Si hay disponibilidad de realizar ecografía abdominal o ecocardiografía, se recomienda explorar la AA y programar a medio y largo plazo a partir de los 55 años una valoración ecográfica del diámetro anteroposterior, que ha de ser más exhaustiva y frecuente cuantos más factores de riesgo concurren en cada paciente, y derivar en función del procedimiento habitual a Cirugía Vasculat.

El control de los factores de riesgo como hipertensión, diabetes, tabaquismo o dislipemia puede disminuir la morbimortalidad asociada a este síndrome y más en edades medias, en las que una intervención terapéutica precoz, como el caso del tabaquismo, puede ser útil.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación alguna.

Ética de la publicación

El protocolo de trabajo fue aceptado por el Comité de Ética del Área Oeste Valladolid con código CEIm 21-PI094.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Valentín A, Bernabeu E. Aneurismas de la aorta toracoabdominal. Indicaciones de tratamiento. Cirugía abierta. *Cir Cardiovasc*. 2015; 22(5): 258-60.
2. Camacho J, Arroyo F, Barrera G, Caicedo V, Espinel C, Fominaya R, et al. Guía de diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascul Periférica; 2009.
3. Khan MAB, Abu-Zidan FM. Point-of-care ultrasound for the acute abdomen in the primary health care. *Turk J Emerg Med*. 2020; 20(1): 1-11.
4. San Norberto EM, Cenizo N, Martín-Pedrosa JM, Revilla A, Vaquero C. Diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de aorta torácica y toracoabdominal. En: San Norberto EM, Medina FJ, Ortega JM, Peña R, eds. *Guías Clínicas de la Sociedad Castellano Leonesa de Angiología y Cirugía vascular*. 2ª ed. Valladolid: Mata Digital; 2018. p. 1-8. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guiasclinicas.ficheros/1614304Guias%20Cl%C3%ADnicas%20de%20la%20Sociedad>
5. Grist TM, Rubin GD, Hodler J, Kubik-Huch RA, von Schulthess GD. Imaging of acute aortic syndromes. En: *Diseases of the chest, breast, heart and vessels 2019-2022: Diagnostic and interventional imaging*. Cham (CH): Springer; 2019; Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-11149-6_18
6. Fleming C, Whitlock E, Beil T, Lederle F. Primary care screening for abdominal aortic aneurysm. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica; 2005. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK71635/>
7. Rimbau V, Guerrero F, Montaña X y Gilabert R. Aneurisma de aorta abdominal y enfermedad vascular renal. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60(6): 639-54
8. Chen SW, LeMaire S. New evidence against use of fluoroquinolones in aortic disease. *J Am Coll Cardiol*. 2021; 77: 1875-87; 88-90.
9. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Whitlock EP. Ultrasonography screening for abdominal aortic aneurysms: a systematic evidence reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2014; 160(5): 321-9.
10. Frasure SE, Dearing E, Burke M, Portela M, Pourmand A. Application of point-of-care ultrasound for family medicine physicians for abdominopelvic and soft tissue assessment. *Cureus*. 2020; 12(8): e9723.
11. Thompson SG, Brown LC, Sweeting MJ, Bown MJ, Kim LG, Glover MJ, et al. Systematic review and meta-analysis of the growth and rupture rates of small abdominal aortic aneurysms: implications for surveillance intervals and their cost-effectiveness. *Health Technol Assess*. 2013; 17(41): 1-118.
12. San Norberto EM, Martín-Pedrosa JM, Cenizo N, Estévez I, Vaquero C. Prevención primaria y secundaria en Angiología y Cirugía Vascul (Actualización). En: San Norberto EM, Medina FJ, Ortega JM, Peña R, eds. *Guías Clínicas de la Sociedad Castellano Leonesa de Angiología y Cirugía vascular*. 2ª ed. Valladolid: Mata Digital; 2020. p. 147-55. Disponible en: [https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas.ficheros/1614305Guias%20Cl%C3%ADnicas%20de%20la%20Sociedad%](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas.ficheros/1614305Guias%20Cl%C3%ADnicas%20de%20la%20Sociedad%20)
13. Kato M, Kubo A, Green FN, Takagi H. Meta-analysis of randomized controlled trials on safety and efficacy of exercise training in patients with abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg*. 2019; 69(3): 933-43.