

Aneurisma de Aorta Abdominal: Novas Recomendações e Diretrizes de Tratamento

Matheus Liao

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

O Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) permanece uma causa significativa de mortalidade cardiovascular.

Recentemente, houve uma mudança de paradigma no manejo desta patologia, impulsionada por novas evidências sobre a história natural da doença, diferenças baseadas em gênero e durabilidade das correções endovasculares. Esta revisão sintetiza as atualizações das principais diretrizes internacionais frente a essas novas evidências.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura focada nas diretrizes de prática clínica mais recentes: European Society for Vascular Surgery (ESVS 2024) e Society for Vascular Surgery (SVS 2018). Adicionalmente, foram analisados dados de ensaios clínicos randomizados (OVER Trial) e meta-análises (SWAN collaboration/Ulug et al.) que fundamentam as mudanças nas recomendações atuais.

DISCUSSÃO

Rastreamento e Epidemiologia: Fim do "One Size Fits All"

Há uma tendência global de redução na prevalência do AAA, o que motivou a ESVS 2024 a recomendar o **abandono do screening populacional generalizado em favor de uma abordagem baseada em risco**.

População-Alvo = indivíduos de alto risco: tabagistas (ever-smokers), familiares de 1º grau de portadores de AAA e indivíduos com história de aneurismas em outros territórios.

Disparidade de Gênero: Embora a prevalência em mulheres seja menor (0,74% em >60 anos), o **risco de ruptura é 4 vezes maior comparado a homens** com diâmetros aórticos similares (Ulug et al., 2016). Isso **justifica protocolos de rastreamento específicos para mulheres >50 anos com história familiar positiva**.

Vigilância de Aneurismas Pequenos

A incorporação dos dados do estudo RESCAN permitiu a otimização dos intervalos de vigilância, reduzindo a sobrecarga de exames sem comprometer a segurança (ESVS 2024):

30–39 mm: Vigilância trienal (cada 3 anos).

40–49 mm: Vigilância anual (homens) ou semestral (mulheres/aneurismas maiores).

Indicações de Intervenção

A decisão terapêutica evoluiu para uma análise multivariada que considera anatomia, expectativa de vida e gênero. Entretanto, limiares de intervenção permanecem:

- Homens: ≥ 55 mm.
- Mulheres: ≥ 50 mm.

Seleção da Técnica

EVAR vs. Reparo Aberto: O OVER Trial (Lederle et al., 2009) demonstrou **benefício de sobrevida perioperatória para o Reparo Endovascular (EVAR)**, que se iguala ao reparo aberto após 2 anos.

Recomendação Atual: O **EVAR é preferencial** para anatomias favoráveis. O **reparo aberto** deve ser considerado primeira linha em pacientes com **baixa comorbidade e longa expectativa de vida** (>10–15 anos), visando durabilidade e custo-efetividade a longo prazo.

CONCLUSÃO

A revisão das diretrizes atuais indica uma transição para a medicina de precisão no manejo do AAA. As principais inovações incluem o reconhecimento do dimorfismo sexual no risco de ruptura (exigindo limiares de intervenção menores em mulheres) e a racionalização do rastreamento e vigilância. A escolha entre EVAR e reparo aberto não deve ser dicotômica, mas baseada na expectativa de vida e anatomia do paciente.

REFERÊNCIAS

- Wanhainen A, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-Iliac Artery Aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2024;67:192-331.
- Chaikof EL, et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg. 2018;67:2-77.
- Lederle FA, et al. Outcomes Following Endovascular vs Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm: A Randomized Trial (OVER). JAMA. 2009;302(14):1535-1542.
- Ulug P, et al. Meta-analysis of the current prevalence of screen-detected abdominal aortic aneurysm in women. BJS. 2016;103:1097-1104.