



1484 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

María Encarnación Palomino Núñez, Ana Rojo Reyes, Ana Visedo Colino, Alicia Ann Munté Kinsella, Arturo Alexis Durand Miranda, Víctor Moreno Torres-Concha, Carmen Mainez Sainz y Natalia Vicente López

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y de manejo de los pacientes diagnosticados de síndrome antifosfolípido (SAF), atendiendo a los últimos criterios aprobados en 2023 por la ACR/EULAR, en las consultas de enfermedad tromboembólica y enfermedades autoinmunes de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes valorados con diagnóstico de SAF en la consulta de Medicina Interna entre los periodos de 2022 y 2023, y que tuvieron seguimiento como mínimo durante 6 meses. Se recogieron variables relacionadas con aspectos clínicos y de tratamiento, así como de evolución.

Resultados: Se analizaron 51 pacientes, de los cuales 34 fueron SAF primario y 17 SAF secundario. La mediana de edad fue 62,5 (RIQ 53-75) y 50 años (RIQ 25-76) con una proporción de mujeres del 38,2 y 76,5% respectivamente en ambos grupos ($p = 0,116$, $p = 0,010$). La comorbilidad más frecuente en el SAF primario fue la cardiovascular (54,6%), mientras que en el SAF secundario lo fue la patología autoinmune (82,4%) $p = 0,000$. En el SAF primario predominaron los eventos tromboticos venosos sobre los arteriales y obstétricos (31 vs. 4 vs. 4 respectivamente, $p = 0,000$) mientras que en el SAF secundario hubo similar número de eventos venosos y arteriales (8 y 7 respectivamente, $p = 0,116$) y ningún aborto. Con respecto a los dominios de laboratorio, en el grupo de SAF primario 22 pacientes (64,7%) tuvieron simple positivo, 8 pacientes (23,5%) doble positivo y 4 triple positivo (11,7%), siendo el más frecuente el anticoagulante lúpico (AL) en 22 pacientes, seguido de beta-2-glicoproteína IgM (b2GP IgM) en 10 pacientes y anticardiolipina IgG (ACA IgG) en 9 pacientes. En el SAF secundario, 8 pacientes (47,6%) fueron simple positivo, 3 (17,6%) doble positivo, y 6 (35,3%) triple positivo, siendo también los más frecuentes el AL (13), B2GP IgG (7) y ACA IgG (6), $p = 0,137$. La mayoría de los pacientes con SAF primario y secundario estaban anticoagulados (97% y 82,4% respectivamente, $p = 0,066$), una menor proporción estaba antiagregada (5,9% y 29,45%, $p = 0,021$). 2 pacientes con SAF primario (5,8%) y 3 con SAF secundario (17,7%) tenían doble tratamiento ($p = 0,183$). Llamativamente, 16 de los 33 pacientes con SAF primario anticoagulados lo estaban con ACOD (4 apixabán, 11 rivaroxabán, 1 edoxabán) frente a 1 paciente con SAF secundario (1 edoxabán) $p = 0,019$. Durante el seguimiento no se ha detectado ninguna recurrencia de trombosis en el grupo de SAF primario, mientras que en el

secundario se han detectado 3 ($p = 0,012$), con respecto a las hemorragias han sido superiores en los pacientes con SAF secundario vs. SAF primario (4 vs. 1, $p = 0,020$).

Conclusiones: Los pacientes con SAF primario poseen mayor morbilidad cardiovascular con un perfil de evento trombótico mayoritariamente venoso y escaso riesgo de recurrencia, a pesar incluso de seguir tratamiento con anticoagulantes de acción directa. El SAF secundario es más frecuente en mujeres con patología autoinmune, con trombosis tanto arteriales como venosas y mayor riesgo de recurrencia y sangrado.