



670 - CARACTERIZACIÓN INTEGRAL DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO; SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

María del Pilar Rodríguez Bruna, Ignacio Vallés Tormo, Sara Ferrando García, Ignacio Lasierra Lavilla, Wendy Carolina Fajardo Rivera, Yi Jun Wu Wan, Amalia Inmaculada Fernández Alamán y Luis Rodríguez Muñoz

Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, serológicas y terapéuticas de una serie de casos de pacientes hospitalizados con diagnóstico al alta de “síndrome antifosfolípido” (SAF). Así mismo, se pretende identificar la distribución por sexo, edad, manifestaciones clínicas ya sean trombóticas, o no incluidas en los criterios de clasificación y la positividad inmunológica de los anticuerpos anticardiolipina (aCL), anti-beta2glicoproteína I (aB2GPI) y anticoagulante lúpico (AL).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 14 pacientes con diagnóstico de SAF ingresados en Medicina Interna entre 2022 y 2024, describiendo sus manifestaciones clínicas, perfil inmunológico y tratamiento recibido. Se incluyeron mayores de 18 años con SAF primario o secundario, excluyéndose aquellos sin positividad de anticuerpos en dos ocasiones separadas por al menos 12 semanas. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del centro.

Resultados: De los 14 pacientes, 8 son mujeres y 6 varones. Del total, 28,57% tienen lupus eritematoso sistémico u otro sustrato autoinmune, por lo que serían SAF secundarios (tabla 1). Entre las mujeres, el 50% tuvo abortos de repetición; no obstante, solo dos presentaron alteraciones serológicas, una de las cuales permanece anticoagulada por déficit de proteína S. Las principales manifestaciones trombóticas independientemente de los abortos fueron el embolismo pulmonar, la trombosis venosa tanto superficial como profunda, la afectación renal, un ictus y un caso de cardiopatía isquémica. De ellos, todos tienen positividad de los anticuerpos en más de dos ocasiones y hasta el momento de esta redacción salvo el ictus, probablemente más relacionado con factores de riesgo cardiovascular en el paciente señalado. Además, todos tienen terapia anticoagulante salvo la paciente más joven, con uso de heparinas de bajo peso molecular en situaciones de inmovilización. Cabe destacar la afectación renal, existiendo un paciente con triple positividad de anticuerpos bajo tratamiento antiagregante sin clínica y con proteinuria mantenida, y un trasplantado renal sin reconfirmación serológica. Por otro lado, existen al menos tres casos con manifestaciones “no criterio” (tabla 2) como son los intentos fallidos de fertilización in vitro, las cefaleas y una amaurosis fugax con anticoagulación según comorbilidades.

Tabla 1

Sexo	Edad	Antecedentes	AAF	Tratamiento
------	------	--------------	-----	-------------

Mujer	28	LES, TEP	AL +	HBPM
Varón	45	LES, Nefropatía	-	AAS
Mujer	38	Abortos	AL, aCL +	AAS
Mujer	64	Trasplante renal	-	Acenocumarol
Mujer	39	FIV	-	HBPM
Mujer	25	Abortos	-	HBPM
Varón	70	NIU	AL +	AAS + acenocumarol
Hemocromatosis				
Mujer	35	Abortos	-	AAS + HBPM
Varón	60	ACV	-	Acenocumarol
Mujer	46	Tromboflebitis	Déficit proteína S	Warfarina
Abortos				
TEP				
Varón	77	Proteinuria	aCL +, AL +, anti-B2GPI +	AAS
Varón	56	SCASEST	AL +	AAS + acenocumarol
Mujer	59	Amaurosis	-	Acenocumarol
Cefalea				
Varón	52	LES, TVP	AL +	Acenocumarol

Tabla 2

No obstétricas	<i>Mayores:</i> encefalopatía isquémica aguda, corea, mielitis, nefropatía SAF, <i>livedo reticularis</i> , hemorragia pulmonar, trombosis venosa superficial, valvulopatía cardíaca, cardiopatía isquémica microvascular, trombocitopenia.
<i>Menores:</i> amaurosis <i>fugax</i> , deterioro cognitivo, migraña, convulsiones, lesiones de sustancia blanca en RM, hipoacusia neurosensorial, hipertensión pulmonar, anemia hemolítica, fenómeno de Raynaud, hemorragias en astilla.	
Obstétricas	Parto pretérmino, retraso del crecimiento intrauterino, preeclampsia, placenta previa o hematoma placentario, dos o más abortos precoces no explicados, dos o más intentos fallidos de fertilización <i>in vitro</i> .

Conclusiones: El SAF se presenta con una amplia variedad de manifestaciones clínicas y según vemos en esta serie de casos, también con heterogeneidad serológica. Es importante detectar enfermedades asociadas autoinmunes y otras situaciones como procesos infecciosos, incluida la infección por COVID-19 en el período estudiado, o el consumo de fármacos que puedan positivizar temporalmente los anticuerpos antifosfolipídicos. Probablemente, en parte de los pacientes de este estudio no se confirmaron los anticuerpos por la desaparición de estos condicionantes. De esta forma podremos diferenciar al diagnóstico los casos primarios de los secundarios y definir estrategias terapéuticas personalizadas a cada paciente incidiendo en controlar los factores de riesgo cardiovascular.