



V-197. - UTILIDAD DE LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SERONEGATIVO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

E. Delgado¹, S. Urruela¹, N. Calvo², J. Rascón¹, M. Picado², E. Esteban¹, L. Pallarés¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Objetivos: El síndrome antifosfolípido (SAF) seronegativo (SAFSN) se define por la presencia de manifestaciones clínicas sugestivas de SAF en ausencia mantenida de anticuerpos antifosfolípido (AAF). Esta situación origina una gran dificultad en la toma de decisiones terapéuticas. La lesión de pequeño vaso en la RNM puede ser la única manifestación radiológica y su identificación adquiere mayor importancia en los SAFSN. Nuestro objetivo es definir la utilidad de la RNM en la orientación diagnóstica y estrategia a seguir en el SAFSN con afectación cerebral de pequeño vaso.

Métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva 23 pacientes: 13 pacientes con (SAF) cerebral de pequeño vaso seleccionados de una serie de 60 pacientes con SAF en nuestra Unidad, y 10 pacientes definidos como SAFSN. Todas las exploraciones de RNM fueron realizadas incluyendo T1, T2, FLAIR y estudio de difusión (DWI). Las lesiones se clasificaron de acuerdo con su distribución, localización anatómica, número y tamaño. Hemos usado la escala de Fazekas para determinar el grado de afectación de la sustancia blanca. Finalmente hemos analizado la evolución y estrategia terapéutica seguida en el grupo SAFSN.

Resultados: Cuando comparamos la media de edad, distribución por sexos y manifestaciones clínicas, no hemos hallado diferencias entre ambos grupos. Grupo SAF: la media de edad fue de 47,23 años (rango 19-66), 77% mujeres y 23% varones. Hemos observado en la RNM más de 6 lesiones supratentoriales en todos los casos, atrofia en 69%, escala igual o superior a 2 de Fazekas en 45%, lesiones infratentoriales en 38%, infartos agudos/subagudos en 15%. Todos los pacientes recibían terapia anticoagulante. Grupo SAFSN: la media de edad fue 50,1 años (rango 25-69), 80% mujeres y 20% varones. La RNM mostró más de 6 lesiones supratentoriales en 80%, escala igual o superior a 2 de Fazekas en 50%, atrofia en 30%, lesiones infratentoriales en 20%, infartos agudos/subagudos en 10%. Evolución Grupo SAFSN: 6 del total de 10 pacientes (60%) recibieron terapia anticoagulante durante una media de 3,6 años (1-8 años), 4 de estos pacientes (66,7%) tenían en la RNM una escala de Fazekas igual o superior a 2. La decisión de iniciar anticoagulación fue la presencia de trombosis venosa en 1 caso (16,7%) y clínica de cefalea y/o deterioro cognitivo progresivo en 5 casos (83,3%). Se objetivó remisión de la cefalea y estabilización del deterioro cognitivo tras la instauración de anticoagulación en todos los casos. Los 4 casos restantes (40%) recibieron antiagregantes plaquetarios durante una media de 5 años (1-12 años), la mayoría (75%)

con una escala de Fazekas de 1. En este grupo sólo un paciente refería cefalea, que remitió con la antiagregación.

Conclusiones: Hemos podido identificar un patrón de RNM estrechamente asociado en el grupo de SAF, definido por la presencia de lesiones supratentoriales en número mayor de 6, con una escala de Fazekas igual o superior a 2. Este patrón sugiere una etiopatogenia trombótica de las lesiones, y puede ser de utilidad en la decisión de iniciar un tratamiento anticoagulante en los casos de SAFSN con afectación cerebral de pequeño vaso. En nuestra serie, este patrón se asoció con clínica de cefalea y/o deterioro cognitivo progresivo y la decisión de instaurar tratamiento anticoagulante.