Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):78

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-017 - ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA INCIDENCIA DE RECURRENCIAS TROMBÓTICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO TROMBÓTICO CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS NO PERSISTENTES

J. Pagán Escribano, M. Hernández Vidal, J. Lozano Herrero, L. Bernal José, J. Guardiola Olmos y M. Herranz Marín

Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Describir la incidencia de recurrencia trombótica, de sangrado mayor y las características clínico-analíticas asociadas, en una cohorte de pacientes con SAFp con anticuerpos antifosfolípido (aFL) no persistentes (negativizados) durante un periodo de seguimiento de 4 años.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con SAFp con ? 1 trombosis (venosa o arterial) y ? 2 determinaciones positivas de aFL entre 1995 y enero de 2014 (criterios de Sídney 2006). Se excluyeron los pacientes con enfermedad autoinmune sistémica, ANA ? 1/160 y 18 años. En marzo de 2014, tras firma de consentimiento informado, 84 participantes con SAFp fueron evaluados mediante entrevista clínica y análisis sanguíneo incluyendo aFL (AL, ACA IgG e IgM y antiB2-GP1 IgG e IgM). Se recogieron datos relacionados con FRCV. Finalmente se seleccionaron 25 en los que la determinación de aFL en el análisis del estudio fue negativa. Para evaluar la incidencia de recurrencia trombótica y sangrado mayor realizamos seguimiento prospectivo anual durante 4 años (fin en marzo de 2018) mediante revisión de historia clínica electrónica y llamada telefónica. Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20 Statistics® v.20.

Resultados: Obtuvimos un total de 25 pacientes. Edad media (DE) de 53,4 (12,4) años. El 48% eran mujeres. Al debut trombosis arterial en 7/25 pacientes (6 ictus, 1 IAM) y venosa en 18/25 (12 TVP y 6 TEP). Desencadenante conocido de trombosis venosa en 9/18. El diagnóstico de laboratorio: AL positivo en 24/25 y aCL IgM en 2/25. El resto de aFL negativos o no realizados. En la entrevista y análisis sanguíneo de marzo de 2014 se obtuvo que el 42% tenían HTA, 16% DM-2, 84% DLP, 33% tabaquismo, un 48% obesidad. Durante el tiempo de seguimiento (48 meses) 15 pacientes fueron tratados con AVK, 3 con AA y 3 con ambos fármacos (7 sin AVK). A lo largo del seguimiento prospectivo 3 pacientes presentaron una nueva trombosis (1 ictus, en tratamiento con AVK y de alto riesgo cardiovascular, y 2 TVP, 1 sin AVK). Ningún episodio de sangrado mayor.

Discusión: El riesgo de recurrencia de trombosis en pacientes con SAF primario (SAFp) es alto a pesar de tratamiento antitrombótico. Este riesgo es mayor en caso de que los aFL sean persistentes y con títulos elevados. Por ello, los fármacos anticoagulantes anti-vitamina K (AVK) y/o antiagregantes (AA) se recomiendan tras trombosis de tipo venoso o arterial, respectivamente, de forma indefinida. Sin embargo, en pacientes con SAFp y aFL no persistentes existe poca evidencia sobre la incidencia de recurrencias trombóticas y sangrado mayor, y por tanto del riesgo/beneficio del tratamiento antitrombótico. En nuestra serie de 25 casos el número de recurrencias trombóticas fue similar al publicado en la mayoría de series de

casos anteriores (de 6, 7 y 11 casos). También el número de episodios de sangrado mayor se correlacionó con la serie de Medina et al, de 24 SAFp con aFL negativizados y en tratamiento con AVK. En este estudio un 45,8% (11/24) presentaron recurrencia trombótica (9 TVP, 1 Ictus, 1 HTAP) a pesar de un tratamiento adecuado. Ante la falta de una evidencia firme y la discrepancia entre las series de casos publicadas es necesario una valoración de todos los factores de riesgo pro-trombóticos a la hora de decidir la retirada del tratamiento anti-trombótico en este subgrupo de pacientes.

Conclusiones: La estratificación del riesgo cardiovascular y la evaluación de trombofilias en pacientes con SAFp y aFL no persistentes es importante a la hora de pautar un tratamiento anti-trombótico adecuado. Es necesario el desarrollo de ensayos clínicos que aporten evidencia científica de calidad para responder esta hipótesis.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.