Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):676

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-22. - ANÁLISIS DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO Y PERFILES CLÍNICOS TROMBÓTICOS EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J. Lozano Herrero[1], M. Hernández Vidal[1], V. Gómez Mayordomo[1], L. Strobosch Conesa[1], B. Muíña Juárez[3], V. Roldan Shilling[2], M. Herranz Marín[1], J. Arribas Ros[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Hematología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. [3]Servicio de Hematología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar la prevalencia y correlaciones clínicas de una batería de anticuerpos antifosfolípido (AAF), incluyendo anticoagulante lúpico (AL), anticardiolipinas (ACA) IgG e IgM, antiB2-GP1 IgG e IgM y antiB2GP1-dominio 1, en una población de 78 pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAFp).

Métodos: Se incluyeron 4 grupos comparativos: 78 pacientes con SAFp, 80 con trombosis sin SAF, 25 con AAF sin trombosis y 79 sujetos sanos, apareados por edad, sexo y localización de la trombosis. En todos los casos se revisaron las historias clínicas y se realizó un corte transversal entre febrero-marzo/2014 con entrevista clínica y análisis sanguíneo. El diagnóstico de SAFP se realizó según los criterios de Sidney 2014. Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20.

Resultados: El 44,3% de toda la población fueron mujeres y la edad media 52,22 ± 13,05 años, sin diferencias estadísticas entre los grupos (apareados). En el grupo de SAFp se incluyeron 35 mujeres (44,9%) y 43 hombres, con una edad media de 53,14 ± 13,04 años. La edad media al diagnóstico del SAF fue 47 ± 13 años. El grupo SAFp se definió por la presencia de AAF en 2 ocasiones a lo largo de la evolución con intervalo mínimo de 12 semanas, con los siguientes resultados: AL 97,4%, ACA IgM 20,5%, ACA IgG 15,4%, anti B2GP1 IgM 15,4%, anti B2GP1IgG 17,5% y anti B2GP1-dominio1 12,8%. En conjunto, un 69,2% de los pacientes con SAFp solo tenían 1 AAF (AL en el 64%), el 9% tenían 2 AAF y el 21,8% tenían 3 o más AAF positivos. Todos los casos con ac IgG antiB2GPI-dominio1 resultaron también positivos para ACA IgG y 9/10 para aB2GPI IgG. A destacar que en el 7,5% de pacientes con trombosis sin SAF se detectó la presencia de AL en el análisis actual y que el 9% de los sanos presentaron ACA IgM. Cuando analizamos las características de las trombosis, encontramos que asociaciones significativas en el análisis bivariante entre la trombosis recurrentes (28,8%) y la presencia de AL (75,6 vs 42,3%, p = 0,00), ACA IgG (15,6 vs 4,5%, p = 0,04), anti B2GP1 IgG (22,2 vs 5,4%, p = 0,03) y anti B2GP1-dominio1 (13,3 vs 3,6%, p = 0,034). Así mismo, el análisis bivariante detectó relación significativa entre las trombosis arteriales (38,3%) y la presencia de ACA IgM (18,0 vs 7,4%, p = 0,04) y cercana a la significación con antiB2GP1 IgM (13,6 vs 4,2%, p = 0,06). Sin embargo, no detectamos asociación de riesgo en el modelo de regresión logística con ningún tipo de trombosis ni con ningún modelo de asociación de AAF, ni en el grupo total de

trombosis ni en el grupo de SAFp. El 63,3% de los recurrentes no tomaba antitrombótico antes del segundo evento, con un retraso diagnóstico significativamente mayor (mediana 75 vs 10 meses).

Discusión: Nuestra población de SAFp presenta características clínicas y de laboratorio similares a otras series, excepto por una mayor proporción de AL y una menos proporción de ACA. La asociación de determinados perfiles de AAF con patrones de enfermedad trombótica es una cuestión discutida en la literatura, aunque en general se acepta que a mayor número, mayor niveles y mayor persistencia en el tiempo, mayor es la posibilidad de manifestaciones clínicas asociadas al SAF.

Conclusiones: Aunque no encontramos un modelo predictivo de tipo o gravedad de trombosis en el análisis multivariante, la positividad de determinados AAF puede sugerir mayor probabilidad de recurrencia o trombosis de localización arterial en pacientes con SAF.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.