Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):683

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-30. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES COMO FACTOR PRECIPITANTE DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO (SAFC): RESULTADOS DEL "CAPS REGISTRY"

P. Peiró Jesús[1], M. Hernández Meneses[2], A. Gonzales[3], A. Cárdenas[3], I. Rodríguez-Pintó[3], G. Espinosa[3], R. Cervera[3]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo Toledo. [2]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. [3]Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Conocer las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con SAFC precipitado por un factor infeccioso.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes con SAFC con una infección como factor precipitante, incluidos hasta el 31 de mayo 2014 en el “CAPS Registry” (Registro internacional de pacientes con SAFC). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, tratamiento y evolución. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 19.0 para Windows.

Resultados: El “CAPS Registry” incluyó 461 pacientes (481 episodios) de los que 115 pacientes (25%) (116 episodios [24%]) presentaron una infección como factor precipitante. De éstos el 56% eran mujeres. La edad media fue 36,8 ± 21,1 años (límites 1-84). Los principales diagnósticos fueron SAF primario (61%) seguido de lupus eritematoso sistémico (33%). Las principales manifestaciones clínicas fueron pulmonares (75%), seguidas de renales (73%), trombosis de vasos periféricos (56%), cutáneas (49%), cerebrales (48%), cardiacas (47%), hepáticas (33.6%), gastrointestinales (20.7%) y esplénicas (10,4%). Respecto a los parámetros de laboratorio, la trombopenia se presentó en 75 de los episodios (75/111, 68%), hemólisis en 30 de los episodios (30/97, 31%) y esquistocitos en 13 (13/83, 16%). Respecto a los parámetros inmunológicos, 89 pacientes presentaron anticoagulante lúpico positivo (89/106, 84%), 90 anticardiolipina (aCL) IgG (90/107, 84%), 54 aCL IgM (54/94, 57%), 18 anti-β2-glicoproteína I (aβ2GPI) IgG (18/20, 90%) y 6 (aβ2GPI) IgM (6/11, 55%). El foco infeccioso más frecuente fue el respiratorio (33%), seguido del urinario (19%), cutáneo (13%), gastrointestinal (8%) e intraabdominal (5%). Se realizaron pruebas microbiológicas en 89 episodios. Los hemocultivos fueron positivos en 22/89 casos (25%), el urocultivo en 19/89 casos (21,3%), el cultivo de esputos en 7/88 casos (8%), el coprocultivo en 6/89 casos (6,7%), el cultivo de exudado en 5/89 (5,6%), la histología en 5/89 (5,6%), las serologías en 2/89 casos (2,2%) y otras pruebas en 2/89 (2%). El microorganismo resultó desconocido en 30 de los casos (43%). El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue E. coli (9/89, 13%) seguido de S. pyogenes (4/89, 6%), S. aureus (3/89, 4,3%), P. aeruginosa (3/89, 4,3%) y Candida sp. (2/89, 2,9%). En 97 episodios (84%) se administró corticosteroides, anticoagulación en 95 (83%), inmunoglobulinas en 45 (39%), recambios plasmáticos en 43 (37%) y ciclofosfamida en 28 (24%). Fallecieron 47 pacientes (41%).

Discusión: Se ha postulado que las infecciones podrían inducir anticuerpos antifofolipídicos en ciertos individuos predispuestos y además se consideran uno de los principales factores precipitantes de la respuesta catastrófica.

Conclusiones: Las infecciones, principalmente bacterianas, son un factor precipitante frecuente del SAFC, siendo los focos infecciosos habituales y los gérmenes comunes, lo más frecuentemente encontrado. Es importante sospechar clínicamente y tratar de forma precoz las infecciones para evitar un desenlace dramático.

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