



<https://www.revclinesp.es>

IF-026 - DETECCIÓN DE ANTICUERPOS NO INCLUIDOS EN LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF) EN UNA SERIE DE PACIENTES CON SAF SERONEGATIVO

J. Rodríguez-García¹, N. Zohoury², M. Bertolaccini¹, Z. Shums², M. Khamashta¹

¹Lupus Research Unit. St Thomas's Hospital. London. Reino Unido. ²Inova Diagnostics Inc. California. San Diego. EEUU.

Resumen

Objetivos: Estudiar el perfil serológico de pacientes con SAF seronegativo mediante la valoración de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) no incluidos en los criterios de clasificación de Sydney (AAF-Nic), con la finalidad de conocer si ello puede permitir la reclasificación de algunos de estos pacientes.

Métodos: Hemos estudiado un total de 175 pacientes, que fueron categorizados en dos grupos: 107 pacientes que cumplían los criterios de clasificación de Sydney (SAF seropositivo, SAF-SP) y 68 pacientes que tenían manifestaciones mayores (vasculares, obstétricas) sugestivas de un SAF pero con serología (anticoagulante lúpico, AL; anticuerpos anticardiolipina –aCL- IgG e IgM; anti-?2GPI IgG e IgM) persistentemente negativa (SAF seronegativo, SAF-SN). Se utilizaron los test comerciales siguientes: QUANTA Lite® aCL (IgA/IgG/IgM), a?2GPI (IgA/IgG/IgM), antifosfatidilserina (aPS IgG/IgM), complejo antifosfatidilserina/protrombina (aPS/PT IgG/IgM) y QUANTA Flash a?2GPI dominio I IgG. Los test para investigación (“research use only”) incluyeron ELISA para detectar antifosfatidiletanolamina (aPE IgG/IgM) y anticardiolipina/vimentina (aCL/Vim IgG). El análisis estadístico se realizó mediante el programa Analyse-it (Version 3.8; Analyse-it Software, Ltd., Leeds, RU).

Resultados: Las características clínicas fueron similares en pacientes con SAF-SP vs SAF-SN: edad media 46 (11) vs 46 (9) años; trombosis venosa (TVP, TEP) 43,9% vs 39,7% (ns), trombosis arterial 36,4% vs 35,2% (ns). Las complicaciones obstétricas fueron más frecuentes en las pacientes con SAF-SN: 95,3% vs 83,9% ($p = 0,036$). En la cohorte SAF-SN, 8 muestras resultaron positivas para aPS/PT (4 IgG y 4 IgM), 4 para aPS (3 IgG y 1 IgM), 8 para aPE (7 IgG solo y 1 IgG and IgM) y 11 para aCL/Vim IgG. El efecto acumulativo de añadir marcadores AAF-Nic en pacientes con SAF-SN fue el siguiente: la positividad de aPS/PT (IgG e IgM) aumentó la tasa de detección al 11,8%, con una especificidad del 97,3%. Añadir aPE IgG aumentó la sensibilidad de esta cohorte al 22,1%, con una especificidad acumulada del 96,3%. Los anticuerpos aCL/Vim IgG añadieron otro 11,8% de sensibilidad a la cohorte, llevando a una sensibilidad total del 33,8%, con una especificidad acumulada del 88,5%.

Discusión: En este estudio se demuestra que existe un porcentaje significativo de pacientes con SAF-SN (33,8%) que presentan algunos de estos anticuerpos no clasificatorios (AAF-Nic), lo que lleva a confirmar que el estudio serológico rutinario no es suficiente en casos complejos de pacientes que presentan hallazgos clínicos de SAF con AAF clasificatorios negativos. En este sentido, se han desarrollado sistemas de puntuación como el Global Anti-Phospholipid Syndrome Score (GAPSS), de Sciascia et al, que evalúa el riesgo vascular y obstétrico de los pacientes con SAF, en el que se han incluido entre sus criterios los

anticuerpos frente al complejo antiprotrombina/fosfatidilserina (aPS/PT).

Conclusiones: En los pacientes con manifestaciones clínicas sugestivas de un síndrome antifosfolípido que presentan negatividad persistente de los AAF, la determinación de marcadores serológicos no incluidos en los criterios de clasificación permite la reclasificación del diagnóstico hasta en un tercio de los casos. Es esperable que en el futuro algunos de estos marcadores puedan incorporarse a nuevos criterios de consenso para la clasificación del síndrome.