



IF-127 - TROMBOPROFILAXIS PRIMARIA EN PORTADORES DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO: IMPORTANCIA DE LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO TROMBÓTICO

M. Hernández Vidal¹, J. Lozano Herrero¹, J. Pagán Escribano¹, C. Peñalver Guillén¹, J. Plasencia Martínez², V. Gómez Mayordomo¹, B. Muiña Juárez³, M. Herranz Marín¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Radiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. ³Servicio de Hematología. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

Objetivos: Describir las características serológicas, factores de riesgo cardiovascular, marcadores subclínicos de arteriosclerosis y profilaxis primaria en una serie de portadores asintomáticos de anticuerpos antifosfolípidos (AAF).

Métodos: Se revisó la base de datos del laboratorio del Hospital Morales Meseguer desde 1995 hasta abril-2015. Se incluyeron individuos que cumplían al menos un criterio de laboratorio de Sidney 2006. Se excluyeron aquellos sujetos con enfermedad autoinmune sistémica, ANA $\geq 1/160$, patología obstétrica y/o trombótica definitoria del síndrome antifosfolípido y los menores de 18 años. A todos los que firmaron el consentimiento informado se les realizó entrevista clínica, análisis sanguíneo, índice tobillo-brazo (ITB) y grosor de íntima-media carotídea (GIMc). Se definió perfil de AAF de alto riesgo (persistencia de AL positivo, triple positivo y/o ACL a títulos medios/altos) y alto riesgo cardiovascular (dos o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV)-edad > 55 años en hombre/ > 65 años en mujeres, tabaquismo, hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes- y/o ITB < 0,9 y/o GIMc > 0,9 mm). Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20.

Resultados: Se incluyeron 26 individuos. El 50% de la población fueron mujeres y la edad media $53,1 \pm 14,89$ años. La distribución de AAF fue: AL 40,7%, ACA IgM 7,4%, ACA IgG 7,4%, anti B2GP1 IgM 7,4%, anti B2GP1IgG 18,5% y anti B2GP1-dominio1 11,1%. El 77,8% tuvo un AAF positivo, 3,7% tuvieron 2 AAF y el 18,5% 3 o más AAF positivos. En cuanto a los FRCV la hipertensión arterial fue la más prevalente (35,7%), seguido de dislipemia (28,6%), tabaquismo (21,4%) y diabetes (10,7%). El 42,9% de los casos presentaban dos o más FRCV. El GIMc resultó patológico en 9 de los 25 sujetos en los que se midió (2 pérdidas), mientras que el ITB fue normal en todos los casos en los que se hizo (11/11). El 37% (n = 10) presentaron AAF negativos como mínimo en las dos últimas determinaciones. El 44,4% (n = 12) tenían un perfil de AAF de alto riesgo. De estos la mitad (n = 6) tenían ≥ 2 FRCV y/o GIMc > 0,9 mm y de ellos, el 33,3% (n = 2) no recibían antiagregación. Un 40% de los pacientes con perfil de AAF de bajo riesgo tenía además bajo riesgo cardiovascular (n = 6); de ellos estaban antiagregados 2 individuos (33,3%).

Discusión: Los portadores de AAF sin enfermedad autoinmune asociada presentan mayor riesgo de trombosis. Este riesgo se incrementa significativamente si coexisten FRCV. La decisión de

tromboprofilaxis debe individualizarse en función del perfil de AAF, el riesgo cardiovascular y riesgo de sangrado. El control de los FRCV, la antiagregación y el uso de heparinas de bajo peso molecular en situaciones protrombóticas, son las herramientas utilizadas para la profilaxis de trombosis arteriales y venosas. En nuestra serie, el 33,3% (2/6) de los casos con alto riesgo trombótico (alto riesgo serológico y cardiovascular) no recibían ningún tratamiento antitrombótico, mientras que el 66,7% (4/6) de los pacientes con bajo riesgo estaban antiagregados.

Conclusiones: La decisión de tromboprofilaxis en portadores de AAF depende del riesgo de sangrado y del riesgo trombótico, determinado por el perfil serológico y el riesgo cardiovascular asociado. El control de los FRCV es un punto clave. En los casos con alto riesgo trombótico se recomienda la antiagregación a dosis bajas. En portadores de AAF debe considerarse la profilaxis con heparinas de bajo peso molecular a dosis estándar en situaciones de alto riesgo trombótico venoso.