



IF-131 - TROMBOPROFILAXIS SECUNDARIA DE TROMBOSIS VENOSAS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO: ¿ANTICOAGULACIÓN INDEFINIDA?

J. Pagán Escribano¹, J. Lozano Herrero¹, M. Hernández Vidal¹, B. Muiña Juárez², V. Gómez Mayordomo¹, C. Peñalver Guillén³, M. Herranz Marín¹, J. Arribas Ros¹

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

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y serológicas, factores desencadenantes de trombosis y tratamiento antitrombótico en una serie de pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAFp) con trombosis venosas.

Métodos: Se revisaron las bases de datos hospitalarias del Hospital Morales Meseguer desde 1995 hasta abril-2015. Se incluyeron individuos que habían presentado trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar y cumplían al menos un criterio de laboratorio de Sidney 2006. Se excluyeron aquellos sujetos con enfermedad autoinmune sistémica, ANA \geq 1/160 y los menores de 18 años. A todos los que firmaron el consentimiento informado se les realizó entrevista clínica y análisis sanguíneo. Se definió perfil de anticuerpos antifosfolípido (AAF) de alto riesgo (persistencia de AL positivo, triple positivo y/o ACL a títulos medios/altos) y bajo riesgo clínico (no recurrencia y factor desencadenante corregido). Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes. El 46,2% de la población fueron mujeres y la edad media $51,79 \pm 12,8$ años. El tiempo medio de seguimiento de la enfermedad fue de $8,1 \pm 7,2$ años. La distribución de AAF fue: AL 62,9%, ACA IgM 9,7%, ACA IgG 9,7%, anti B2GP1 IgM 11,3%, anti B2GP1IgG 16,1% y anti B2GP1-dominio1 14,5%. El 33,9% (n = 21) tenían un perfil de AAF de bajo riesgo (10/62 presentaron AAF negativos como mínimo en las dos últimas determinaciones). Se identificó desencadenante claro en algo más de la mitad (50,6% -3 pérdidas-), siendo el más frecuente el encamamiento mayor de 3 días (12/59), seguido de la toma de anticonceptivos orales (5/59) y del antecedente de cirugía mayor en el mes previo (3/59). La recurrencia de trombosis se produjo en un 40,3% (n = 25). 9/62 pacientes no recibían tratamiento anticoagulante, de los cuales sólo tres presentaban bajo riesgo clínico y serológico de recurrencia (detectamos 4 pacientes de estas características). Ninguno de estos tres presentó recurrencia trombótica durante 2, 6 y 13 años de evolución. Otro paciente con ACL IgM a títulos medios que no recibía tratamiento anticoagulante tampoco presentó recurrencia con un seguimiento de 6 años.

Discusión: El tratamiento de los pacientes con SAFp con trombosis venosa es la anticoagulación. Dado el alto índice de recurrencia trombótica la duración de tratamiento anticoagulante es

generalmente indefinida. Sin embargo se ha propuesto la suspensión del tratamiento en casos seleccionados de pacientes sin recurrencias trombóticas previas, con factor desencadenante conocido y corregido, y perfil de AAF de bajo riesgo. En nuestra serie sólo encontramos 4/62 pacientes con estas características; en 3 de ellos se decidió suspender la anticoagulación y ninguno presentó recidiva durante un tiempo de seguimiento prolongado.

Conclusiones: 1) El tratamiento de elección en los pacientes con SAFp que debutan con trombosis venosa es la anticoagulación. 2) Los pacientes con recurrencias trombóticas venosas y/o alto perfil de alto riesgo serológico, o clínico deberían permanecer anticoagulados de forma prolongada. 3) La estratificación del riesgo de recurrencia con base en la presencia de factores desencadenantes corregibles y el perfil de riesgo de los AAF puede ser una herramienta útil para la toma de decisión sobre la duración del tratamiento anticoagulante. 4) La duración del tratamiento anticoagulante se podría limitar en el tiempo en pacientes con SAF con trombosis venosas con desencadenante conocido y corregido, sin recurrencias trombóticas previas y con perfil de AAF de bajo riesgo. 5) Se precisa realizar más estudios para responder a estas cuestiones.