



<https://www.revclinesp.es>

650 - SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y AFECTACIÓN CARDÍACA

B. Guerrero Sánchez, J. González Granados, A.E. Fuentes Caraballo, S. Tolosa Álvarez, A.S. Vidal-Ríos Castro y C. García Carrasco

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Objetivos: Caracterizar el perfil epidemiológico, manifestaciones clínicas, analíticas y evolución de 4 pacientes diagnosticados de síndrome antifosfolípido (SAF) en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB).

Métodos: Estudio descriptivo de una revisión de cuatro casos clínicos de Medicina Interna del CHUB entre 2015 y 2020. Se recopilaron datos epidemiológicos, antecedentes personales y familiares, clínica, autoinmunidad, tratamiento, evolución y seguimiento.

Resultados: Se incluyen 4 pacientes, 2 mujeres y 2 hombres, con una media de edad al diagnóstico de 44,25 años diagnosticados de SAF con afectación cardíaca. El 75% corresponde a SAF primario y el 25% a SAF secundario a LES. En 3 de ellos (75%), la forma de debut fue la afectación cardíaca. Entre sus antecedentes destacaba que el 50% eran fumadores, el 50% tenía hipertensión arterial sistémica (HTA), el 50% tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y uno de ellos (25%) tenía un familiar de primer grado con enfermedad autoinmune (LES: lupus eritematoso sistémico). Un paciente (25%) había presentado un evento trombótico 7 años antes. Dos de los pacientes (50%) presentaron síndrome coronario agudo sin elevación del segmento T (SCASEST), de los cuales ambos tenían familiares jóvenes de primer grado con eventos coronarios y solo uno (25%) tenía factores de riesgo cardiovascular previos y coronariografía con una lesión que precisó revascularización. Uno de ellos (25%), debutó como endocarditis trombótica no bacteriana que precisó sustitución valvular y otro paciente (25%) con aparición de un soplo de insuficiencia mitral leve-moderada en el seno de un LES. Analíticamente, el 100% presentaba anticoagulante lúpico positivo, el 75% anticuerpos anticardiolipina, los cuales se consideran factor de riesgo independiente para infarto agudo de miocardio, y el 25% anticuerpos anti-beta-2-glicoproteína I. El 75% tenía además anticuerpos anti-antinucleares positivos. El 75% recibió tratamiento con anticoagulación oral con antivitamina K de forma indefinida además dos de estos recibieron asociado ácido acetilsalicílico (AAS) y por último, el 25% AAS en monoterapia. Evolución favorable sin nuevos eventos desde el inicio del tratamiento.

Discusión: Existen múltiples formas de afectación cardíaca en el SAF, así como, clínica variable en cada una de ellas, partiendo desde afectación valvular o coronaria, miocardiopatía, hipertensión pulmonar hasta trombos intracardíacos, siendo la más frecuente la afectación valvular. En nuestra serie objetivamos una mayor incidencia de cardiopatía isquémica en varones como forma de presentación de la afectación cardíaca en el SAF, esto difiere de lo descrito en la bibliografía donde es más frecuente en mujeres, estos resultados pueden estar en relación con el tamaño muestral pero quizás, habría que plantearse la necesidad de realizar ecocardiografía a todos los pacientes diagnosticados de SAF para valorar patología valvular subyacente asintomática. Por otro lado, los resultados sí que coinciden en cuanto a que la válvula mitral es la más

afectada respecto a otras válvulas.

Conclusiones: La forma de presentación de la afectación cardíaca en el SAF es muy variada, desde asintomáticos hasta entidades más graves lo cual refuerza la idea de realizar controles ecocardiográficos al diagnóstico y en el seguimiento.