



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IF-18. - ANTICOAGULANTE LÚPICO AISLADO

C. Vázquez Triñanes¹, I. Villaverde¹, M. Alonso Parada¹, A. Sousa Domínguez¹, M. Rodríguez², M. Freire¹, A. Rivera¹, B. Sopena¹

¹Servicio de Trombosis y Vasculitis, ²Servicio de Hematología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: El anticoagulante lúpico (AL) pertenece al grupo heterogéneo de los anticuerpos antifosfolípido y se ha asociado al riesgo de trombosis y/o pérdidas fetales. De hecho, la presencia de AL es uno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico de síndrome antifosfolipídico (SAF). Sin embargo, observaciones recientes parecen indicar que cuando el AL no se acompaña de la positividad de otros anticuerpos antifosfolípido- anticardiolipina (ACA) y/o anti- β 2-glicoproteína I (anti- β 2-GPI)-, el riesgo de trombosis no aumenta. Faltan estudios dirigidos específicamente a valorar el significado clínico del AL aislado. Los objetivos del presente trabajo son: 1. Describir las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con AL aislado y su comportamiento en el seguimiento a largo plazo. 2. Comparar estos hallazgos con el grupo de pacientes con AL y positividad para ACA y/o anti- β 2-GPI.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes testados para AL en el servicio de Hematología del H. Xeral de Vigo entre enero y diciembre/2012. Se incluyeron aquellos con positividad para AL según las actuales recomendaciones y se dividieron en grupo 1: AL aislado (ACA y anti- β 2-GPI negativos) y grupo 2: AL con positividad para ACA y/o anti- β 2-GPI. Para analizar el comportamiento del AL a largo plazo, se formó un grupo3 con los pacientes con AL aislado controlados en consulta externa de la Unidad de Trombosis y Vasculitis (TYV) durante al menos 3 años y vistos de forma consecutiva en revisión entre enero y junio/2013.

Resultados: De 268 pacientes testados para AL, 35 (13,1%) fueron positivos inicialmente, pero solo 12 fueron positivos confirmados (4,5%). En 2 de ellos no se testaron ACA ni anti- β 2-GPI, por lo que fueron excluidos. Finalmente, 3 pacientes se clasificaron dentro del grupo 1 y 7 dentro del grupo 2. En cuanto al grupo 1, la edad media fue $41,5 \pm 6,40$ años, 67% mujeres. El motivo de solicitud del test AL fue en una paciente un aborto de 2º trimestre, y en otros 2 no se especificaba. El valor medio del TTPa fue $35,5 \pm 14,50$ segundos y el ratio normalizado del test de Russell confirmatorio (rn-test de Russell confirmatorio), $1,2 \pm 0,20$. Ninguno tuvo trombosis arterial ni venosa; y presentaban factores de riesgo clásicos para eventos cardiovasculares un 67% y para trombosis venosa un 33%. Sólo una paciente se diagnosticó de SAF en base a la pérdida fetal. Ninguno estaba diagnosticado de enfermedad autoinmune. Cuando se comparó este grupo con el grupo 2, sólo se evidenció diferencia estadísticamente significativa en el rn-test de Russell confirmatorio ($1,2 \pm 0,20$ en grupo 1 vs $1,8 \pm 0,35$ en grupo 2, p 0,05). Aunque las demás diferencias no alcanzaron significación estadística, fueron destacables las siguientes: el motivo de petición del test AL (57% por TTPa prolongado y 29% para estudio de trombosis no provocada/inexplicada en grupo 2), el valor de TTPa ($49,3 \pm 14,35$ segundos en grupo 2) y el desarrollo de eventos clínicos (trombosis venosa en el 43%, arterial en el 14% pero ningún evento obstétrico en grupo 2). El grupo 3 lo conformaron 6 pacientes, 3 con lupus eritematoso sistémico (LES) definido, 1 con LES incompleto y 2 con cirrosis alcohólica, Child A.

Estos pacientes no presentaban diferencias con el grupo 1 en cuanto a edad, sexo, valor de TTPa, rn-test de Russell confirmatorio ni presencia de factores de riesgo para eventos cardiovasculares o venosos. Sin embargo, este grupo, con un seguimiento medio de $6,2 \pm 5,22$ años, presentaba mayor frecuencia de trombosis que el grupo 1, con diagnóstico de SAF en el 44% (2 pacientes con trombosis venosa profunda y 1 con trombosis arterial). No se evidenció retrombosis en ningún caso bajo tratamiento anticoagulante. En el caso de la paciente con ictus (que tenía además fibrilación auricular), se retiró la anticoagulación por sangrado activo, presentando nuevo ictus.

Conclusiones: Los pacientes con anticoagulante lúpico aislado presentaron menor potencia de anticoagulante lúpico que aquellos con positividad para ACA y/o anti- β_2 -GPI y menor frecuencia de trombosis venosa y/o arterial. El anticoagulante lúpico no se asoció con retrombosis bajo tratamiento anticoagulante en el seguimiento a largo plazo.