Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):894

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-37. - RELEVANCIA CLÍNICA DE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN LOS ABORTOS DE REPETICIÓN. PREVALENCIA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

B. Loureiro Rodríguez[1], C. Bombín Canal[2], C. Aguilar Franco[2], M. Rubio Sanz[3]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Hematología y Hemoterapia, [3]Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Soria. Soria.

Resumen

Objetivos: El aborto de repetición (AR) se define como la pérdida de tres o más gestaciones antes de la vigésimo segunda semana de gestación. Su incidencia se sitúa en torno al 15%, oscilando entre 1 y 5% según corresponda a dos o tres AR. Las principales causas son anatómicas, endocrinas, inmunológicas y trombofílicas; no siendo identificada en el 50% de los casos. El SAF es una enfermedad autoinmune que produce una morbilidad y mortalidad importantes, su prevalencia se estima de 40-50 casos/100.000 habitantes y puede ser responsable del 10-15% de AR. El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) en mujeres con historia previa de AR sin fenómenos trombóticos previos y la eficacia de la profilaxis antitrombótica para conseguir una gestación a término.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluye 70 casos estudiados en consulta por AR desde 1999 hasta 2013. Criterios inclusión: dos o más abortos antes de la vigésima semana de gestación o pérdida fetal a partir de la vigésima semana. Criterios exclusión: AR de otra etiología (anatómicas, cromosómicas...). El estudio de laboratorio incluía la determinación de AAF: anticuerpos anticardiolipina (ACA) IgG e IgM, anti-b2-glicoproteína I; y determinación de anticoagulante lúpico (AL) mediante el test del veneno de víbora de Rusell diluido y el tiempo de tromboplastina parcial sensibilizado para AL (PTT-LA),con confirmación por Staclot LA. Los resultados positivos se confirmaron en dos ocasiones separadas al menos de 12 semanas. Se completó el estudio de trombofilia con determinación de homocisteína, factor V Leiden, antitrombina III, proteínas C y S y mutación G20210A del factor II. Se indicó tratamiento con AAS a dosis bajas (75-100 mg) previo a la gestación y HBPM durante la misma para alcanzar una gestación con éxito.

Resultados: De los casos estudiados el 70% presentaron dos o más AR, con 15% de más de cuatro AR. El estudio de trombofilia fue positivo en 22% de las pacientes; de éstas el 36% presentaron AAF, siendo 60% ACA positivos, 30% AL positivo y 10% por asociación de ambos. El resto de estudios mostró: 45% la mutación G20210A del factor II, 9% presencia de factor V de Leiden y 9% déficit de proteína S. Las mujeres con AAF representaron el 8% del total de las pacientes del estudio, de ellas 77% habían presentado más de tres abortos consecutivos antes de la décima semana de gestación y 33% presentaron muerte fetal después de la décima semana. En las pacientes con SAF el tratamiento obtuvo una tasa del 100% para alcanzar una gestación a término. Sin embargo en el

grupo de pacientes con estudio normal y con otras trombofilias no SAF, el tratamiento fue eficaz en 60%.

Discusión: Los AAF son detectados en el 1-5% de las mujeres sanas y la incidencia aumenta al 15% en mujeres con AR en el primer trimestre. El mecanismo etiopatogénico mediante el cual los AAF producen la pérdida del embarazo podían estar en relación con la activación plaquetaria con secreción de tromboxano A2 aumentada, la alteración del factor tisular/inhibidor así como la interacción de éstos anticuerpos con la anexina en la superficie trofoblástica.

Conclusiones: En nuestro estudio el 25% de las pacientes con AR de causa inexplicable presentaron un estado trombofílico. Siendo los factores principales la presencia de la mutación G20210A del factor II y la presencia de ACA. La tasa de éxito más alta con tratamiento antitrombótico se observó en el grupo de pacientes con AAF positivos. En base a esto, nuestro estudio apoya la asociación de AAS y HBPM como el tratamiento estándar para las mujeres con SAF y AR, mostrando una buena relación riesgo-beneficio.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.