Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):741

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-111. - PERFIL CLÍNICO Y MOTIVO DE CONSULTA EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SERONEGATIVO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) CON AFECTACIÓN DE PEQUEÑO VASO

P. Vázquez Rodríguez, C. Castellanos Lluch, E. Esteban Marcos, J. Rascón Risco, L. Pallarés Ferreres

Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Resumen

Objetivos: El síndrome antifosfolipídico (SAF) del SNC con afectación de pequeño vaso tiene un perfil clínico variado y un amplio diagnóstico diferencial. Su diagnóstico es aún más dificultoso si la determinación de anticuerpos antifosfolípido (AAF) habituales (anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM, y anti-B2glicoproteína I IgG e IgM) es persistentemente negativa. Esta ausencia caracteriza el SAF seronegativo (SAFNEG). Nuestros objetivos son: 1) Conocer los motivos de consulta más prevalentes en los pacientes con SAFNEG del SNC 2) Determinar un perfil clínico asociado al SAFNEG del SNC.

Métodos: De un estudio prospectivo (2011-2014) de una serie de 30 pacientes definidos como SAFNEG, hemos seleccionado 17 casos que debutaron o desarrollaron una o más manifestaciones clínicas relacionadas con el SNC y que presentaban imágenes en la RM del SNC radiológicamente compatibles con lesiones vasculares isquémicas de pequeño vaso. La RM incluía secuencias T1, T2, FLAIR y difusión (DWI). Hemos estudiado el motivo principal de consulta y la clínica asociada durante el periodo de seguimiento. En todos los casos los resultados de AAF habituales fueron negativos y se determinaron mediante técnica de ELISA otros AAF no habituales, que fueron: anti-cardiolipina IgA, anti-B2glicoproteína I IgA, antiB2glicoproteína I dominio I (IgG e IgM), y anti-fosfatidilserina/protrombina (IgG e IgM).

Resultados: La serie estaba formada por 13 (76,4%) mujeres y 4 (23,4%) varones, con una media de edad de 49,18 ± 12,2 años (23-66) y un tiempo medio de evolución de 4 ± 1,8 años. Los motivos de consulta fueron: disestesias 4 (23,7%), hipoacusia sensorial 3 (17,6%), pérdida de memoria 2 (11,7%), inestabilidad a la marcha 2 (11,7%), neuritis óptica 2 (11,7%), cefalea tipo migraña 1 (5,8%), vértigo 1 (5,8%) hiperalgesia hemicuerpo 1 (5,8%), anosmia 1 (5,8%). Durante el seguimiento y tras la anamnesis dirigida las manifestaciones clínicas asociadas más prevalentes fueron la cefalea tipo migraña (82,3%), la dificultad de concentración “brain fog” (35,2%) y la pérdida de memoria (29,4%). En 7 casos (41,1%) se presentaron varios de estos síntomas simultáneamente. Los nuevos AAF se detectaron en 7 (41,1%) casos, 5 del isotipo IgG FS/PT y 2 del sotipo IgA B2GPI. No se hallaron diferencias clínicas significativas entre el grupo de AAF positivos y el de AAF negativos.

Conclusiones: 1) El motivo principal de consulta en el debut clínico del SAFNEG es variable, lo que dificulta la sospecha clínica inicial. 2). En nuestra serie, el perfil clínico del SAFNEG lo componen la cefalea tipo migraña, la dificultad de concentración (“brain fog”) y la pérdida de memoria, que fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes durante el seguimiento. 3) Se debe sospechar la existencia de un SAFNEG ante este perfil clínico junto a presencia de imágenes en la RM del SNC radiológicamente compatibles con lesiones vasculares isquémicas de pequeño vaso y en ausencia de AAF habituales. 4). La detección de los nuevos AAF en pacientes seleccionados aumentará la precisión diagnóstica del SAF y ayudará a categorizar a este tipo de pacientes dentro de una entidad clínica definida susceptible de tratamiento activo.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.