

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Justificación

Importante morbimortalidad.

HISTORIA CLÍNICA

-*Motivo de consulta:* hinchazón de pierna izquierda.

-*Anamnesis:* mujer de 35 años que consulta por aumento de tamaño de miembro inferior izquierdo desde la rodilla hasta el pie, con calor y dolor local. Niega traumatismo, fiebre ni otra sintomatología cutánea ni a otro nivel.

No alérgica a fármacos. No HTA, no DM ni DLP. Fumadora. No enfermedades médico-quirúrgicas.

Un aborto con dos meses y otro con 1 mes y medio. Otro embarazo y parto sin problemas.

-*Exploración física:*

Auscultación cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones. No artritis. Edema con fovea desde pie izquierdo hasta la rodilla, con dolor en región gemelar y maniobra de Hoffman positiva.

-*Pruebas Complementarias:*

ANALÍTICA: bioquímica, hemograma y reactantes de fase aguda sin alteraciones. Dímero D elevado (> 3000). Coagulación con aumento del TTPA, sin otras alteraciones.

Radiografía de tórax y ECG sin alteraciones.

Ecodoppler de pierna izquierda: trombosis venosa profunda en poplítea.

Inmunología: Anticuerpos antinucleares 1/320, anti-DNA y anti ENAs negativos. Anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipinas IGG>100, anti-beta2glicoproteína negativos.

DIAGNÓSTICO

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

TRATAMIENTO

ANTICOAGULACIÓN

COMENTARIOS

Se trata de una trombofilia autoinmune caracterizada por la presencia de anticuerpos. Los más conocidos son el anticoagulante lúpico, los anti-cardiolipinas (los IGG parecen ser los más fiables) y los anti-beta2glicoproteína 1. Nos podemos encontrar con SAF 1º o 2º cuando se asocia a otras enfermedades autoinmunes. Para el diagnóstico de esta enfermedad es preciso la presencia de alguno de los anticuerpos anteriores, y también de fenómenos trombóticos o manifestaciones obstétricas (muertes fetales >10 semanas, preeclampsia o insuficiencia placentaria). (En la literatura podréis encontrar los criterios diagnósticos.) Podemos encontrar otras manifestaciones clínicas como cutáneas, hematológicas o cardíacas. En cuanto al manejo, en el caso de eventos trombóticos el tratamiento sería con anticoagulantes orales; en el caso de clínica solo obstétrica, el tratamiento debería ir orientado a prevenir pérdidas fetales, incluyendo dosis bajas de aspirina, heparina o ambas.

El tratamiento con otros inmunosupresores como antipalúdicos, inmunoglobulinas intravenosas o biológicos como Rituximab se dejaría para el resto de manifestaciones como hematológicas o cutánea.

Referencias

-R. Cervera. R. Cervera. Estrategias terapéuticas en el síndrome antifosfolípido. Reumatol Clin. 2010;6(1):37-42.

-García-García C. Anticuerpos antifosfolípido y síndrome antifosfolípido: actitudes diagnósticas y terapéuticas. Actas Dermosifiliogr. 2007; 98:16-23.

-Alonso JE et al. Síndrome antifosfolípido, estado actual. ANALES DE MEDICINA INTERNA. (2007) 24: 5; pp 242-248.



Notas