

Síndrome Antifosfolípido y abortos recurrentes



DR. MARIO MORENO ÁLVAREZ

Reumatólogo

Guayaquil, Kennedy Policentro, Sección Delta, Subsuelo Of. 1

Telf.: 2287168 - Cel.: 099345193

Hurtado 202 y Machala, 1er. piso, Of. 108 - Telf.: 253491 - Fax: 2324897

El Síndrome Antifosfolípido (SAF) es una entidad relativamente reciente ya que fue descrita por vez primera en el año 1983 en Inglaterra por el Dr. Graham W. Huges, de ahí que actualmente se lo conoce también como **Síndrome de Huges**.

Huges y sus colaboradores habían observado que algunos de sus pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentaban trombosis arteriales o venosas a repetición; igualmente habían observado que algunas mujeres con LES presentaban también abortos recurrentes o muertes fetales. De manera interesante se encontró que la mayoría de estos pacientes tenían circulando en su sangre un grupo de anticuerpos que los predisponía a formar coágulos y que también estos anticuerpos tenían la capacidad de reaccionar contra los lípidos de las membranas

celulares; de ahí su nombre de **Anticuerpos Antifosfolípidos**.

Luego de varios años de estudios e investigaciones se llegó a confirmar la relación de estos anticuerpos con trombosis arteriales o venosas y abortos recurrentes en pacientes con LES y otras enfermedades reumáticas (en este caso se llama SAF secundario o asociado). Más interesante aún fue el descubrimiento de que un 15-20% de mujeres abortadoras recurrentes (3 o más abortos) también tenían estos anticuerpos, pero sin tener Lupus (en este caso se lo llama SAF primario o no asociado a otra enfermedad reumática). (Ver cuadro 1, Clasificación)

Por qué los abortos recurrentes o las muertes fetales?

En realidad la contestación no es nada sencilla, ya que parece haber una serie de mecanismos complejos, pero parecería que en las pacientes que tienen los Anticuerpos Antifosfolípidos se producirían microtrombos o coágulos recurrentes en la placenta, lo que conduciría a una insuficiencia placentaria y por tanto a los abortos o muertes fetales, particularmente en los primero y segundo trimestres del embarazo.

Desde el punto de vista ginecológico este síndrome resultó ser muy importante ya que recién hace pocos años se lo considera una causa de abortos a repetición en mujeres aparentemente sanas. De ahí que hoy en día se impone una prueba de Anticuerpos Antifosfolípidos en toda mujer abortadora recurrente, tenga o no una enfermedad reumática y sobre todo si su sistema reproductor y su perfil hormonal son normales.

Igualmente la prueba de Anticuerpos Antifosfolípidos debe solicitarse en toda paciente con LES u otra enfermedad reumática, particularmente si esa paciente tiene planificado embarazarse, lo cual implicaría un control ginecológico más estrecho y adoptar las medidas profilácticas adecuadas.

Criterios para el diagnóstico de Síndrome Antifosfolípido

Un grupo de expertos se viene reuniendo cada cierto tiempo para actualizar la investigación de este nuevo síndrome. La reunión en Sydney en el año 2004 permitió establecer los criterios diagnósticos más actuales para SAF (Cuadro 2).

Tómese en cuenta que este síndrome no solo causa abortos recurrentes en el embarazo, sino también muertes fetales, preeclampsia y nacimientos prematuros. Los nuevos criterios también definen muy bien cuales son



Cuadro 1. SAF: Clasificación

- 1.- SAF sin enfermedad reumática asociada
- 2.- SAF con enfermedad reumática asociada (LES, AR, etc)
- 3.- SAF Catastrófico
- 4.- Anticuerpos Antifosfolípidos sin síntomas asociados

los anticuerpos que deben solicitarse, la importancia de repetirlos en un tiempo no inferior a 12 semanas y además solicitarlo a un laboratorio lo suficientemente confiable y con experiencia en la realización de estas pruebas.

Cabe también señalar que su interpretación debe ser hecha por profesionales con experiencia.

Se pueden evitar los abortos o las muertes fetales ?

La buena noticia para las mujeres portadoras de este síndrome y con abortos o pérdidas fetales recurrentes es que sí hay tratamiento efectivo para el mismo. Se ha demostrado que el tratamiento con aspirina a bajas dosis sola o combinada con heparina durante todo el embarazo tiene una tasa de éxito hasta del 80%. Por supuesto que esto debe acompañarse siempre de un control adecuado y

Cuadro 2. SAF Criterios de Clasificación (Sidney 2004)
Criterios Clínicos

- 1.- Trombosis vascular: uno o más episodios de trombosis arterial o venosa en cualquier órgano o tejido.
- 2.- Morbilidad en el embarazo:
 - Una o más muertes inexplicadas > 10 semanas
 - uno o más nacimientos prematuros < 34 semanas
 - 3 o más abortos espontáneos consecutivos

Criterios de Laboratorio

- 1.- Anticuerpos Anticardiolipina IgG o IgM, 2 o más ocasiones.
- 2.- Anticoagulante Lúpico, 2 o más ocasiones
- 3.- AntiB2GP1 IgG o IgM , 2 o más ocasiones

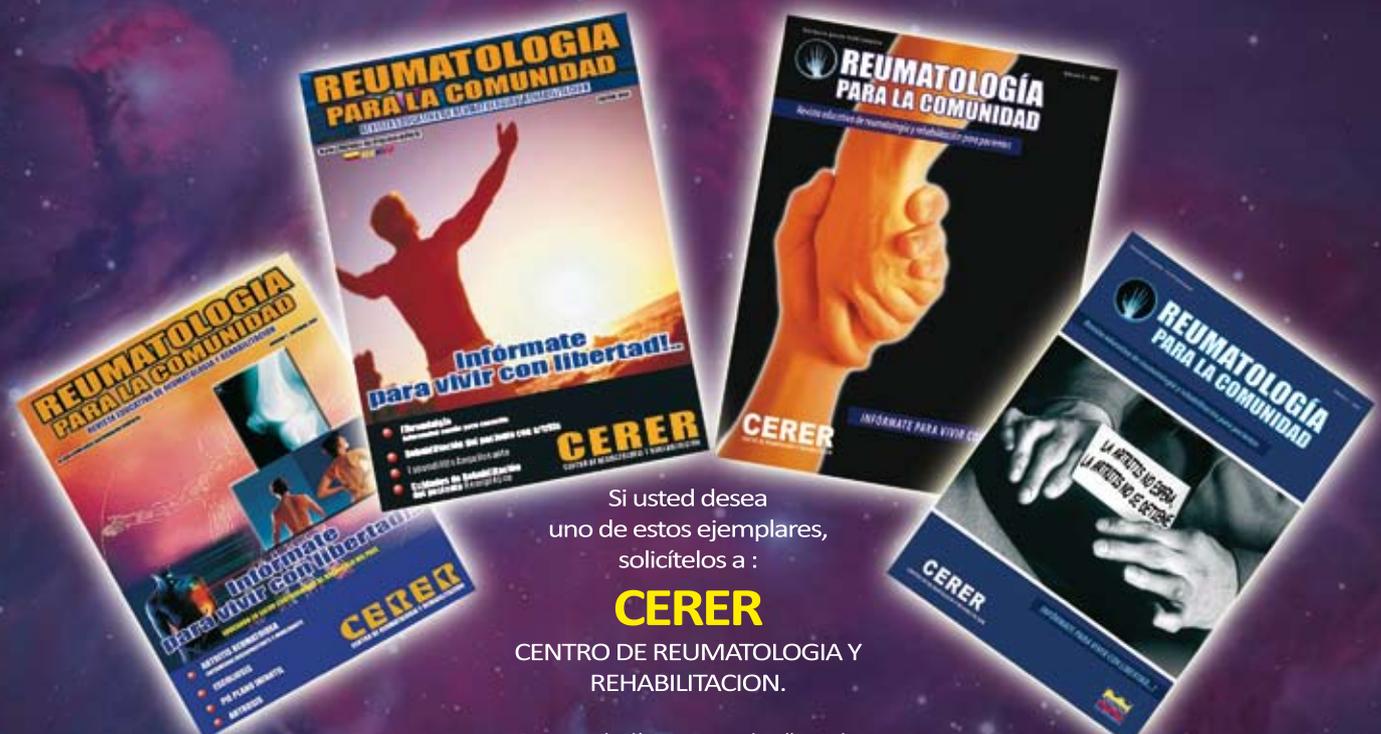
***SAF definitivo: 1 criterio clínico + 1 criterio de laboratorio**

prolijo de parte de sus médicos Ginecólogo y Reumatólogo además de un estricto control de otros factores de riesgo para trombosis, llámense hipertensión arterial, diabetes, tabaco, hiperlipidemia, obesidad, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, inmovilización, etc.



REUMATOLOGIA PARA LA COMUNIDAD

DISTRIBUCION GRATUITA PARA TODO EL ECUADOR



Si usted desea uno de estos ejemplares, solicítelos a :

CERER

CENTRO DE REUMATOLOGIA Y REHABILITACION.

Guayaquil, Clínica Kennedy Alborada, Torre Norte, Nivel 5, Consultorio #509.
Teléfonos: (593) 42232400 - (593) 42646311

VERSION DIGITAL EN: WWW.CERER-EC.COM