

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA Y NIVELES DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS Y LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS INCLUIDAS EN LOS CRITERIOS DE SYDNEY (2004) Y ACR/EULAR (2023).

Camilo Veloza, Aina Puiggròs, Núria Bou, David Galarza, Helena Sirera, Anna Pros, Tarek Carlos Salman-Monte, Jordi Monfort, Irene Carrión-Barberà



INTRODUCCIÓN

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune sistémica (EAS), que se caracteriza por eventos trombóticos, pérdidas gestacionales y anticuerpos específicos (acs) asociados. Puede ser primaria o relacionarse con otras EAS.

Se conoce que la presencia de unos u otros acs, o la combinación, confiere distinto riesgo para el desarrollo de ciertos eventos en el SAF. Hasta la fecha, el diagnóstico se realizaba siguiendo los criterios clasificatorios de Sapporo 1999 revisados en Sydney en 2004 donde se incluyeron los acs específicos según determinadas condiciones. En 2023 se publicaron los criterios propuestos por el American College of Rheumatology (ACR)/ European Alliance Of Associations For Rheumatology (EULAR), dentro de los cuales, se han incluido nuevas manifestaciones demográficas y clínicas y se tienen en cuenta distintas características de acs con la intención de incluir más pacientes y “menos típicos”.

OBJETIVOS Y MÉTODOS

Describir la asociación entre los diferentes AcaF y las manifestaciones clínicas y demográficas incluidas en los criterios de Sídney y de la ACR/EULAR.

Estudio retrospectivo de 81 pacientes del Hospital del Mar (Barcelona, España) con dos determinaciones positivas de AcaF separadas como mínimo por 12 semanas entre 2011 y 2021. Se recogieron datos demográficos, clínicos y serológicos. Se realizó un análisis bivariable en IBM® SPSS 25.0, utilizando Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher para las variables cualitativas y los test T de Students y U de MannWhitney para las variables continuas.

RESULTADOS

Entre los 81 pacientes incluidos en nuestra cohorte, 62 (76.54%) eran portadores de AcaF asintomáticos y 19 (23.46%) cumplían criterios para cualquiera de las dos clasificaciones mencionadas. La tabla 1 describe las asociaciones estadísticamente significativas entre las características demográficas y clínicas y los niveles de AcaF. En nuestra cohorte se observó que los pacientes con anticoagulante lúpico se diagnosticaban a una edad más temprana. Aquellos con títulos altos de anticuerpos anti-cardiolipina (aCL) o anti-beta₂-glicoproteína I (β2GCP), tanto para IgM como IgG, así como los pacientes con triple positividad para AcaF asociaban más frecuentemente trombocitopenia. Asimismo, se encontró una asociación entre la presencia de IgM aCL o β2GCP con engrosamientos valvulares, y también entre aquellos con títulos altos de estos anticuerpos con mayor frecuencia de muertes fetales. Destaca la asociación entre títulos altos de β2GCP y eventos trombóticos arteriales, así como la mayor tasa de eventos trombóticos estando en tratamiento profiláctico con antiagregantes en pacientes con triple positividad. La asociación con otras EAS fue más frecuente en pacientes con aCL o β2GCP, independientemente de los títulos de estos anticuerpos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con dos AcaF concomitantes.

AL [§]		
Edad de detección de primer AcaF 41 años (±8.7), p=0.020		
IgM aCL [§]		
Engrosamiento de la válvula 2/16 (12.5%) vs. 1/65 (1.5%), p=0.038	≥3 pérdidas consecutivas pre- fetales y/o muerte fetal temprana 3/16 (18.7%) vs. 1/54 (1.85%), p=0.011	Otras EAS 8/16 (50%) vs. 55/65 (84.6%), p=0.003
IgG aCL [§]		
Otras EAS 4/10 (40%) vs. 59/71 (83.1%), p=0.002		
Títulos altos de IgG aCL [§]		
Trombocitopenia 6/23 (26.1%) vs. 3/56 (5.3%), p=0.008		
IgM β2GCP [§]		
TA con perfil de alto riesgo cardiovascular 2/11 (18.1%) vs. 2/70 (2.8%), p= 0.029	Otras EAS 6/11 (54.5%) vs. 57/70 (81.4%), p=0.046	
IgG β2GCP [§]		
Otras EAS 2/7 (28.5%) vs. 61/74 (82.4%), p=0.001		
Título moderado IgM aCL o β2GCP [¶]		
Engrosamiento de la válvula 2/13 (15.3%) vs. 1/68 (1.4%), p=0.015	Otra EAS 6/13 (46.1%) vs. 57/68 (83.8%), p=0.003	
Título alto IgM aCL o β2GCP [¶]		
Muerte fetal 2/8 (25%) vs. 2/62 (3.2%), p=0.013	Trombocitopenia 5/11 (45.4%) vs. 4/68 (5.8%), p=0.001	Evento microvascular 3/11 (27.2%) vs. 4/70 (5.7%), p=0.018
Título alto de IgG aCL o β2GCP [¶]		
Trombocitopenia 6/23 (26.08%) vs. 3/56 (5.3%), p=0.008		
Triple positividad d AcaF		
Trombocitopenia 7/26 (26.9%) vs. 2/53 (3.7%), p=0.005	Evento trombótico durante la profilaxis con AAS 5/25 (20%) vs. 2/54 (3.7%), p=0.030	

Tabla 1. Asociaciones estadísticamente significativas entre AcaF y características clínicas y demográficas. Pacientes con característica clínica y AcaF presente / pacientes con característica clínica sin AcaF. §Criterio incluido en la clasificación de Sídney. ¶Criterio incluido en la clasificación de ACR/EULAR. *Títulos altos ≥80 unidades. *Títulos moderados ≥40-79 unidades. †Aborto inexplicable entre las 10 semanas a 15 semanas y 6 días de gestación (muerte fetal temprana) o entre las 16 semanas a 34 semanas de gestación. ‡Anticuerpos anti-beta₂-glicoproteína I, anti-cardiolipina y anticoagulante lúpico. TA: trombosis arterial, AAS: ácido acetilsalicílico, AcaF: anticuerpos antifosfolípido, aCL: anticuerpos anti-cardiolipina, β2GCP: anticuerpos anti-beta₂-glicoproteína I, Ig: inmunoglobulina, AL: anticoagulante lúpico, EAS: enfermedades autoinmunes sistémicas.

CONCLUSIONES

Los diferentes perfiles de anticuerpos relacionados con el SAF se asocian a características clínicas específicas. El conocimiento de estas asociaciones es importante para el diagnóstico, manejo y tratamiento de estos pacientes. Es importante destacar que en presencia de triple positividad el riesgo de trombosis debería tenerse en cuenta, aunque el paciente se encuentre bajo terapia antiagregante.

