

# Síndrome del Anticuerpo Antifosfolípido (SAF)

## Preguntas Frecuentes

### **Autores**

Roger A Levy, Jozelia Rego, Isabela Lima. Revisado por la paciente Maria Adriana Campos. Documento realizado para la Sociedad Brasileira de Reumatología.

### **¿Qué es SAF?**

El Síndrome del Anticuerpo Antifosfolípido (SAF), o síndrome de Hughes, es una enfermedad crónica donde el organismo produce anticuerpos que afectan la coagulación sanguínea, llevando a la formación de coágulos que terminan obstruyendo el paso de sangre por las venas y arterias.

Es una causa importante para la ocurrencia de trombofilia adquirida y abortos repetidos. Trombofilia quiere decir tendencia a presentar eventos trombóticos (obstrucciones en los vasos sanguíneos). Trombofilias adquiridas son aquellas donde no hay un marcador genético conocido. Trombofilias congénitas son aquellas donde hay uno o más marcadores genéticos conocidos.

### **¿Cuáles son las causas del SAF?**

No se conoce el mecanismo que lleva a la producción de los auto-anticuerpos que interfieren en el sistema de coagulación. Existen los llamados "factores desencadenantes" que pueden actuar como gatillos para el surgimiento del SAF, en individuos predispuestos (que tienen uno o más tipos de anticuerpos antifosfolípidos circulando en la sangre) o nuevos eventos trombóticos en individuos que ya tuvieron trombosis en el pasado relacionada al SAF. Los más conocidos son intervenciones quirúrgicas, infecciones graves (que requieren internado y antibiótico venoso), embarazo, y en el caso de los pacientes que ya eran tratados por SAF, fallas del seguimiento de las dosificaciones del INR, o suspensión del uso de anticoagulante.

### **¿Cuáles son los síntomas?**

Las manifestaciones clínicas son diversas y varían según la ubicación del vaso afectado.

El bajo número de plaquetas (trombocitopenia) puede ser la primera manifestación del SAF. Los signos y síntomas del SAF varían desde manchas esparcidas en la piel que aumentan con el frío (livedo), tromboflebite, insuficiencia cardíaca, microtrombosis diseminada (trombos de vasos de pequeño calibre por todo el organismo) hasta una embolia pulmonar maciza y otras formas de enfermedad.

La trombosis venosa profunda es, en la mayoría de los casos, la consecuencia más común del SAF.

El sistema arterial cuando es afectado, tiene a la circulación cerebral como principal blanco.

Algunas pacientes solo presentan el SAF durante el embarazo con pérdidas fetales de repetición (u otras manifestaciones de embarazo); en esos casos, la trombosis ocurre en la placenta.

## ¿Cómo se diagnostica y clasifica el SAF?

La sospecha del diagnóstico de SAF se basa en la presencia de un evento trombótico en personas sin riesgos importantes como diabetes y arterioesclerosis. El diagnóstico (más amplio) difiere de la clasificación (más restringida), esta última fue planificada por un grupo de expertos en el asunto para que se hagan estudios científicos y que solamente se incluyan los pacientes con SAF, sin confundir con otras entidades, ese depende de la asociación de criterios clínicos y de laboratorio.

### Criterios Clínicos

#### 1. Trombosis Vascular:

Uno o más episodios de trombosis arterial, venosa o de pequeños vasos en cualquier órgano o tejido, confirmados en exámenes de imagen o biopsia, que debe excluir vasculitis.

#### 2. Morbilidad en Embarazo:

(a) Una o más muertes de feto normal con más de 10 semanas de gestación, con morfología fetal normal detectada por ultrasonografía o examen directo del feto;

(b) Uno o más nacimientos prematuros de feto morfológicamente normal con 34 semanas o menos en virtud de eclampsia o pre-eclampsia grave o insuficiencia placentaria;

(c) Tres o más abortos espontáneos antes de 10 semanas de gestación excluyendo malformaciones del feto, además de causas cromosómicas maternas o paternas.

### Criterios de Laboratorio

1. **Lupus Anticoagulante (LAC)** presente en el examen de sangre en dos o más ocasiones con un intervalo de al menos 12 semanas, detectado según las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia.

2. **Anticuerpo anticardiolipina** IgG y/o IgM en títulos moderados a altos (>40 GPL ou MPL) en dos o más ocasiones, con intervalo mínimo de 12 semanas. El test debe ser por método de ELISA estandarizado.

3. **Anticuerpo anti-β2 GPI** IgG o IgM detectado en el examen de sangre en dos o más ocasiones, con intervalo mínimo de 12 semanas. El test debe ser por método de ELISA estandarizado.

## ¿Cómo evitar el SAF?

No hay como evitar el SAF, pero se pueden evitar sus consecuencias combatiendo los factores de riesgo para los eventos trombóticos, que tienen un peso aún mayor en las personas que padecen el SAF.

Los principales factores de riesgo son: tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, niveles elevados de colesterol y triglicéridos, el uso de hormonas (principalmente estrógenos) y ciertas drogas (como la clorpromazina), debiendo, por lo tanto evitarse.

## ¿Cómo es el tratamiento?

El SAF no tiene cura, pero el paciente puede evitar los eventos trombóticos evitando o corrigiendo los factores de riesgo para trombosis (mencionados arriba) y usando una terapia con anticoagulante oral para el resto de la vida. Este consiste en el uso de inhibidores de la

vitamina K como los cumarínicos/varfarina. El tratamiento debe monitorearse a través de exámenes de sangre periódicos. En el llamado tiempo de actividad de protrombina (TAP), el valor del índice internacional de normalización (INR) debe estar según la recomendación de su reumatólogo.

### **¿Cuál es la importancia del tratamiento?**

El SAF es reconocido en la actualidad como la trombofilia adquirida más común. Para pacientes que ya presentaron un evento trombótico arterial o venoso, o bien una pre eclampsia y/o pérdidas fetales de repetición, la chance de que esto ocurra nuevamente es alta.

El SAF es una enfermedad crónica y para evitar sus consecuencias, que pueden ser graves, irreversibles o incluso fatales, se requiere una buena adhesión al tratamiento. Los pacientes deben ser notificados sobre la conducta general y el régimen terapéutico adoptado para prevenir pérdidas fetales y la morbilidad por eventos trombóticos.

### **¿Cuáles son los medicamentos que alteran la acción de los anticoagulantes?**

Un sinnúmero de sustancias puede alterar la acción de los anticoagulantes orales, reduciendo su acción y aumentando el riesgo de un evento trombótico o aumentando su actividad y elevando el riesgo de sangramiento. En este último grupo se destacan la aspirina y los demás antiinflamatorios no-hormonales, que deben evitarse. Aparentemente el celecoxibe (antiinflamatorio) y la dipirona (analgésico) interfieren menos que el paracetamol en la anticoagulación oral y pueden ser usados con mayor seguridad, pero de todos modos exigen seguimiento de laboratorio por parte del médico asistente.

La lista de medicamentos que pueden interferir en la acción de los anticoagulantes orales es extensa. Consulte siempre a su médico antes de usar cualquier medicamento. Usted podrá usar el medicamento que le sea indicado, desde que exista un control riguroso de su interferencia con la anticoagulación oral.

### **¿Cuáles son los cuidados que el paciente debe tener con la alimentación durante el tratamiento?**

La acción del anticoagulante oral se produce a través de la inhibición de la vitamina K. El tratamiento actual ideal busca mantener el valor del INR estable y evitar oscilaciones. Por eso es importante ponerle atención a la dieta. Se recomienda que el individuo consuma cantidades diarias fijas de alimentos ricos en vitamina K. Las principales fuentes de esta vitamina son los lácteos y las hojas verde oscuras.

### **¿Qué cuidados hay que tener al someterse a una cirugía durante el tratamiento?**

El paciente que use anticoagulante oral debe avisar a todo profesional de la salud que consulte. En el caso de un procedimiento quirúrgico o dental (extracción), puede ser necesario el uso de plasma, para impedir sangramiento o anticoagulación con heparina (en la suspensión de la anticoagulación oral). Por lo tanto, el médico asistente que acompaña la anticoagulación debe ser avisado.

### **¿Cuáles son los cuidados que el paciente debe tener con sangramientos durante el tratamiento?**

Se debe alertar al paciente sobre los hechos fortuitos que pueden elevar el riesgo de sangramiento si el INR alcanza un rango mayor a 6,0; lo que puede ocurrir si hay una falla del monitoreo de la dosis del anticoagulante oral. El paciente debe evitar exponerse a riesgos de cortes y lesiones por accidentes. Recomendamos el uso de hielo y compresión y, cuando sea posible, elevación del área cortada. En caso de hemorragia, el equipo médica debe ser consultado inmediatamente. El uso de plasma fresco es preferible sobre la vitamina K para revertir la anticoagulación, cuando sea necesario.

### **¿Cuáles son los riesgos de un embarazo en pacientes con SAF?**

En pacientes que ya tuvieron un aborto previo, el riesgo de aborto en un próximo embarazo no tratado es de casi un 80%. Además de abortos en el inicio del embarazo y pérdidas fetales (en el segundo y tercer trimestre de gestación), el SAF está relacionado con un crecimiento intrauterino restringido, oligohidramnia (disminución del volumen del líquido amniótico), bajo peso fetal e insuficiencia placentaria. Con el tratamiento adecuado, el riesgo de aborto se reduce a menos de 20%.

### **¿Cuáles son los riesgos para las embarazadas que usan los medicamentos para tratarse el SAF?**

Durante el embarazo, los medicamentos utilizados para tratamiento del SAF (AAS y heparinas) no presentan riesgo para la embarazada o para el feto. Después del nacimiento, tampoco hay problemas con esos medicamentos durante el período de amamantamiento materno.

Los anticoagulantes orales inhibidores de la vitamina K pueden inducir malformaciones congénitas cuando utilizados en el inicio de la gestación, pero pueden ser usados con seguridad después de la 14ª semana, siempre que sean controlados por el equipo médico. Ese es apenas uno de los motivos por los cuales el embarazo de pacientes con SAF debe ser programado y detectado ya en las primeras semanas. Recomendamos que cuando haya atraso menstrual se realice el examen de sangre para diagnóstico del embarazo. Para que se cambie la anticoagulación oral por la vía subcutánea.

### **¿Cómo es el tratamiento de las embarazadas con SAF?**

El tratamiento de la embarazada con SAF difiere. Se utiliza heparina no fraccionada y de bajo peso molecular asociada al AAS infantil en las pacientes con prescripción de anticoagulación oral para SAF arterial o venosa. Para pacientes con SAF obstétrica se puede usar solamente aspirina en dosis baja o el esquema anterior, según la indicación individual.

Durante el uso prolongado de heparina, especialmente en la gestación, es importante usar suplemento de calcio y vitamina D, tomar sol 3 veces por semana durante 15 minutos y realizar actividad física (ej: caminata, Tai chi, Yoga) para evitar la ocurrencia de osteopenia (disminución de la densidad mineral de los huesos). Aún con una dieta adecuada es importante poner atención sobre el suplemento de estos elementos, los niveles de vitamina D (25 OH vitamina D3) pueden monitorearse por tests sanguíneos y ajustados según la necesidad de cada uno(a).

**¿Es necesario realizarse exámenes para monitorear el efecto de las heparinas durante el tratamiento?**

No hay monitoreo de los niveles de anti Factor Xa en usuarias de heparinas de bajo peso molecular (enoxaparina, dalteparina o fraxiparina) durante el embarazo. Algunos médicos recomiendan, pero las evidencias muestran que la utilización de la dosis plena de heparina presenta buenos resultados, por lo que no es necesario realizar exámenes. Cuando se utiliza la heparina no fraccionada es importante tener el valor del tiempo de protrombina antes del tratamiento y ajustar la dosis de las inyecciones según los resultados siguientes durante el embarazo.

Brasil, Julio 2011