

Síndrome antifosfolipídico refractario.

4 de abril de 2019

Caso clínico

Mujer de 67 años derivada a IIHEMA en abril de 2018 para inicio de tratamiento anticoagulante.

Antecedentes personales:

- HTA. Antecedentes obstétricos: G2 C1 (1976): semana 34, PAEG, diagnóstico: oligoamnios; AE1 (1982): 8 semanas, diagnóstico bioquímico, sin ecografía.
- Marzo 2018: ACV isquémico de probable origen embólico. Estudios realizados:
 - TAC de cerebro: dos áreas ovales hipodensas en el centro semioval del lado izquierdo y otra a nivel subcortical parietal derecho que podrían corresponder con imágenes de aspecto secuelar isquémico. Lóbulos cerebelosos con profundización de surcos y área oval hipodensa en lóbulo cerebeloso izquierdo que podría corresponder a imagen secuelar isquémica.
 - ETT: disfunción sistólica moderada con patrón de relajación anormal, hipoquinesia posterior, gran aneurisma inferobasal y medioventricular.
 - ETE: a nivel de aorta descendente a 30 cm de arcada dentaria placa ateromatosa fibrolipídica con imagen anecogénica adherida, móvil, altamente embolígena de 20x10 mm compatible con trombo.
 - Cámara gamma con apremio farmacológico: hipoquinesia global, FEy 37%, necrosis de probable territorio de CD interpretado como posible secuela de un evento vascular coronario.
 - Ecodoppler de vasos de cuello: sin particularidades.

Tratamiento con AAS + atorvastatina. Inicia anticoagulación con acenocumarol.

Se realiza: Laboratorio ANM-IIHEMA (31/08/2018): TP: 20%, RIN 2.81; KPTT: 69seg, N: 42 seg, P+N: 49 seg, (no corrige), KPTT-PNP neutralización con plaquetas: positivo; T. trombina: 18/20seg.; fibrinógeno: 335 mg/dL; recuento plaquetario: $246 \times 10^9/L$; FVIII: 70%; FIX: 25%; DRVVT: prolongado, DRVVT con plasma normal: no corrige, DRVVT-PNP neutralización con plaquetas: positivo; anticuerpos anticardiolipinas IgM 9 MPL; anticardiolipinas IgG 2 GPL; anticuerpos anti β -GPI IgM 21SMU (título aumentado), IgG 4 SGU.

Evoluciona en noviembre de 2018 con cuadro de AIT intratamiento anticoagulante óptimo. Se decide iniciar hidroxiclороquina 200 mg/12 hs y mantener tratamiento anticoagulante con objetivo de RIN 3.

Se realiza ETE control (22/03/2019): se observa a nivel de aorta descendente torácica enfermedad ateromatosa difusa con múltiples placas fibrolipídicas, a 30 cm de arcada dentaria placa complicada con trombo adherido, altamente móvil, de 8 mm. Se interpreta como SAF refractario e iniciará tratamiento con ciclofosfamida 1 g/mensual.

Motivo de presentación: Síndrome antifosfolipídico refractario.

Médico residente: Dra. Yamila Salerno.

Médico responsable: Dra. Analía Sánchez Luceros.